FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

nnée 1900 **THÈSE** №

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 décembre 1900, à 1 heure

Par A. SIGALLAS

Né au Plan de la Tour (Var) le 17 juin 1876.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACNÉ HYPERTROPHIQUE DU NEZ

Président : M. CORNIL, *professeur*.

Juges : MM. SCHWARTZ, *professeur*.
WURTZ et TEISSIER, *agrégés*.

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

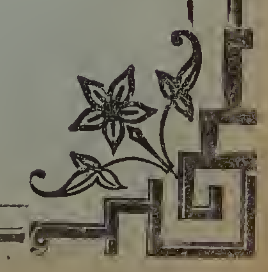
PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 6 *décembre* 1900, *à* 1 *heure*

Par A. SIGALLAS

Né au Plan de la Tour (Var) le 17 juin 1876.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACNÉ HYPERTROPHIQUE DU NEZ

Président : M. CORNIL, *professeur*.

Juges : MM. SCHWARTZ, *professeur*.
WURTZ et TEISSIER, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (AUG.)	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WALTHER
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	
		THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR SYLVAIN SIGALLAS

A MON PREMIER MAITRE

LE DOCTEUR F. SIGALLAS MON PÈRE

Sénateur du Var.

A MA BONNE ET EXCELLENTE MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAITRE ET AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR MAUNIER

Médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille.

Témoignage bien sincère de respect et de reconnaissance pour la vie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PANTALONI

Ex-chirurgien major des hôpitaux de Marseille.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Membre de l'Académie de médecine.
Médecin des hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACNÉ HYPERTROPHIQUE DU NEZ

AVANT-PROPOS

Un cas d'acné hypertrophique du nez d'un développement remarquable, ayant été observé par le Dr Sigallas, mon père, nous avons, sous son inspiration, choisi l'étude de cette affection comme sujet de note thèse inaugurale. Et c'est une bien grande joie pour nous d'inscrire le nom de celui qui fut notre premier maître en tête de ce modeste travail qui doit être l'achèvement de nos études médicales.

En traitant un tel sujet, nous n'avons pas la prétention d'offrir à l'appréciation de nos juges, des données originales et nouvelles : la science a peu de privilégiés. Notre seul but a été de résumer en un tableau d'ensemble,

l'état actuel des connaissances scientifiques sur cette intéressante affection, en insistant sur son anatomie pathologique et son traitement.

Après un court aperçu historique, nous avons étudié successivement, l'étiologie, la symptomatologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

Nous avons insisté sur ce dernier point encore fort controversé et dont les règles ne sont pas aussi fixes qu'on pourrait le croire, si l'on en juge par les nombreuses discussions qui ont eu lieu à l'Académie de médecine à ce sujet. Tour à tour nous avons passé en revue les divers traitements employés contre cette affection, en insistant sur ceux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats. Nous avons fait un choix parmi les diverses méthodes que nous avons examinées, et ce choix nous avons cherché à le justifier.

Tel est le plan général de notre thèse.

Mais avant d'en aborder l'étude, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre vive gratitude aux maîtres de l'école de médecine de Marseille. Nous n'oublierons jamais leur savant enseignement et tout le dévouement qu'ils ont mis à faire notre éducation médicale.

M. le D[r] Pantaloni a bien voulu s'intéresser à nous, non seulement en nous recevant dans sa clinique avec la plus grande bienveillance, mais encore en opérant avec le plus grand désintéressement le malade qui fait l'objet de notre observation personnelle, et en mettant à notre disposition deux observations inédites de sujets opérés et guéris par lui à la même époque. Par ses savants con-

seils et son habile direction, il a singulièrement facilité notre tâche. Qu'il veuille bien agréer nos sentiments de vive et d'éternelle reconnaissance pour sa bienveillante sollicitude à notre égard.

M. le Dr Perrin, chargé du Cours des maladies de la peau à Marseille, ne nous a ménagé ni son temps, ni ses conseils pour l'exécution de ce travail : il sait combien nous apprécions son précieux concours et combien nous a touché sa sympathie.

C'est aussi un devoir pour nous et un devoir agréable à remplir, d'adresser à M. le Dr Maunier, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Marseille, l'expression de notre profonde reconnaissance, en souvenir de l'amitié qu'il n'a cessé de nous témoigner durant l'année que nous avons passée comme interne dans son service.

M. le professeur Letulle a eu l'extrême obligeance de faire l'examen histologique de la tumeur de l'opéré qui fait l'objet de notre observation personnelle, d'en faire dessiner les coupes et de nous en donner une description très complète. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.

Que M. le professeur Cornil veuille bien agréer le respectueux hommage de notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs ne semblent avoir connu que les premiers degrés de la couperose. Et encore la considéraient-ils, si l'on s'en rapporte à Celse, comme une affection négligeable et dont les femmes seules s'occupaient.

Ambroise Paré est le premier qui se soit occupé de la couperose s'accompagnant d'hypertrophie. « Cette rougeur étrange qui se fait au nez et aux joues... avec tumeurs ou sans tumeurs... Cette affection est difficile et souvent impossible à curer ».

C'est à Sennert Daniel que nous devons le premier cas d'hypertrophie du nez qui ait été connu. Il parle en effet d'un homme dont le nez atteint de couperose avait pris un tel développement qu'il était impossible au malade de se livrer à la moindre lecture. Le mal fit même de tels progrès qu'en 1629, il se trouva lui-même dans l'obligation de s'amputer les parties trop exubérantes de sa tumeur.

En 1732, Theulot, dans une communication faite à l'Académie royale de chirurgie, présente l'observation d'un homme dont le nez servait de base d'implantation à quatre tumeurs d'un poids total de cinq livres. Ce chirurgien pratiqua pour la première fois : « l'excision de chacune des parties séparées de la tumeur, à quelques jours d'in-

tervalle ». C'est donc à lui que revient la priorité de la décortication du nez.

En 1799, Civadier pratiqua la même opération pour des tumeurs monstrueuses, qu'il décrivit dans son Mémoire à l'Académie royale de chirurgie, sous le nom de tumeurs carcinomateuses. Le mot carcinomateux n'avait pas à cette époque le sens que nous lui donnons aujourd'hui ; selon Le Dentu il signifiait tout simplement masse charnue.

A la même époque, Imbert Delonnes fait en une seule fois l'excision de tumeurs d'un poids d'environ deux livres. Il pensait avoir enlevé un sarcome.

Le professeur Boyer aurait excisé en 1830, trois de ces tumeurs, développées sur le nez d'un homme de 55 à 60 ans. Il aurait admis que ces tumeurs étaient de la nature des loupes, opinion vraie en partie, mais bien incomplète.

En 1834, Dahymple fait consister cette affection « en un simple accroissement des téguments communs du nez ». Son frère, à la même époque, fait le premier essai d'une restauration autoplastique : « Il taille une couche corticale cutanée, extirpe le tissu morbide, et sur la plaie obtenue, réapplique le morceau cutané adhérent à la peau de la joue ».

S. Cooper en 1839, décrit dans son *Traité de chirurgie* les tumeurs qui nous occupent, sous le nom de lipomes du nez. C'est à lui que revient l'honneur d'avoir établi le traitement chirurgical de l'acné hypertrophique, sur des bases qui depuis n'ont pas varié.

En 1850, Hutin, chirurgien-chef de l'Hôtel des Invali-

des, reconnaît qu'il s'agit d'une hypertrophie pure et simple de la peau et du tissu cellulaire, et déclare que cette affection n'est pas susceptible d'un traitement chirurgical.

Guibout, en 1869, désigne ces tumeurs sous le nom de tumeurs éléphantiasiques du nez, et, se basant sur ce fait : « que ce qui domine dans la constitution de l'éléphantiasis du nez, ce sont les développements excessifs de toute la partie vasculaire sanguine » préconise comme traitement les mouchetures profondes.

L'étude vraiment scientifique de l'affection qui nous occupe commence seulement vers cette époque. Devergié soutient que cette hypertrophie nasale a pour origine la couperose proprement dite, c'est-à-dire une maladie des vaisseaux capillaires de la peau. Hardy, pense au contraire avec Guérin, que l'hypertrophie des glandes sébacées joue le principal rôle dans la production de ce qu'on appelle improprement, dit-il, l'éléphantiasis du nez. Il propose comme traitement la cautérisation ignée, et Guérin la cautérisation potentielle.

A ces notions Bazin vient ajouter l'influence de la tare constitutionnelle, et voit dans l'arthritisme et la scrofule des causes prédisposantes de premier ordre. Les habitudes alcooliques seraient secondaires.

Ollier en 1876, dans un article sur la décortication du nez, article qui fut lu à l'Académie de Médecine et devint même l'objet d'une grande discussion à laquelle prirent part les auteurs précités, soutient que ces tumeurs sont de nature éléphantiasique, qu'elles sont constituées par une véritable sclérose du derme et du tissu conjonc-

tif. Il démontre en outre que le processus hypertrophique ne se limite pas aux éléments seuls du derme et des parties molles, mais qu'il atteint le périoste et le périchondre ainsi que le cartilage, qui, dépouillé des parties molles descendait, dans un cas, jusqu'au bord libre de la lèvre supérieure. A ces notions il ajoute l'influence des habitudes alcooliques sur la production de cette affection, qu'il appelle l'éléphantiasis des buveurs. Comme traitement il préconise l'ablation totale des masses hypertrophiées à l'aide du fer rouge, comme donnant moins de sang et exposant moins aux érysipèles que l'emploi du bistouri. Il désigne cette opération sous le nom de « décortication du nez ».

Dans cette même séance, le professeur Richet présente l'observation d'un malade qui, une fois opéré, succomba quelques mois plus tard « à une généralisation de la matière sébacée. » Et il ajoute que dans certains cas, il y a autre chose qu'une simple inflammation des follicules sébacés. Devant les protestations de M. Blot, le savant professeur montrant la cellule cartilagineuse et la cellule épithéliale se généralisant et constituant le chondrome et l'épithéliome, s'écrie : « Pourquoi donc refuser à la matière sébacée, ce qui n'est pas contesté pour le cartilage et pour l'épithélium? »

Peu après, Bosc, dans sa thèse, combat l'opinion d'Ollier et admet que ces tumeurs nasales ne sont autre chose que de l'acné hypertrophique avec développement sarcomateux du derme et du tissu conjonctif circonvoisin. Il regarde comme impropre l'épithète d'éléphantiasis

qu'on leur a donné et propose de les appeler : tumeurs acnéiques hypertrophiques du nez.

En 1881, Hébra de Vienne propose le nom de Rhinophyma. Il affirme que ces tumeurs sont constituées par l'hypertrophie de tous les éléments de la peau et de ses annexes, sauf le revêtement épidermique. Il prétend enfin que contrairement à l'opinion populaire, l'intoxication alcoolique serait sans rapport avec cette affection.

M. le professeur Le Dentu en 1888, dans une communication à la Société de Chirurgie, propose le nom de fibrome tubéreux du nez pour remplacer ceux de : Acné hypertrophique, hypertrophie éléphantiasique, rhinophyma, qui ne correspondent pas aux lésions anatomiques. Il tend à prouver que la décortication au bistouri au lieu du thermo cautère donne de très bons résultats, vu les progrès de l'antisepsie et la perfection des moyens d'hémostase.

En 1895 la question du bistouri ou du thermo cautère est de nouveau portée devant l'Académie de Médecine, et aux résultats rapides et excellents obtenus par Le Dentu et Routier en 1888, par Berger en 1893, Lucas Championnière oppose les avantages de l'opération d'Ollier, et critique les autoplasties complémentaires « laborieuses et parfaitement inutiles ». Il présente un malade guéri dans les meilleures conditions après avoir employé le thermo cautère.

En 1897 Nedeltcheff dans sa thèse inspirée par M. le professeur Poncet signale une évolution particulière que peut subir l'acné hypertrophique, et qui est sa dégénéres-

cence chondroïde. Il donne à ce nouveau processus, le nom d'éléphantiasis chondromateux du nez.

Enfin M. le professeur Pozzi, dans la séance du premier décembre 1897 de la Société de chirurgie, estime que dans certains cas il faut faire suivre la décortication du nez, atteint d'acné hypertrophique, d'une restauration immédiate au lieu de s'en fier à la nature pour la cicatrisation qui est plus longue et moins régulière. Il présente un malade guéri par ce procédé.

En 1899, Ripault signale un cas d'acné hypertrophique du nez compliqué d'épithélioma secondaire probablement par des grattages intempestifs. Le sujet fut guéri par la décortication.

Nous ne pouvons enfin terminer cet exposé sans citer les noms de Th. Auger, Kirmisson, Terrillon, Felizet, Delie, Jaboulay, Péraire, Tillaux, qui se sont occupés de cette affection au point de vue anatomo-pathologique et chirurgical.

C'est aux travaux de ces différents auteurs que nous avons fait de nombreux emprunts pour le développement de notre sujet.

DÉFINITION. — ÉTIOLOGIE

Nous considérons l'acné hypertrophique comme le terme ultime du développement de la couperose, et nous la définissons : une inflammation chronique du derme de la peau du nez, surtout à sa base, ayant son point de départ dans l'appareil sébacé et entraînant une hypertrophie très accentuée des téguments, une sorte de pachydermie, et par suite une déformation monstrueuse de l'organe de l'olfaction.

Les causes productrices de l'acné hypertrophique du nez peuvent se ranger sous trois titres : les causes prédisposantes, les causes occasionnelles, les causes anatomiques.

Causes prédisposantes.

Age. — L'acné hypertrophique est une affection de l'âge mûr. D'après la statistique des observations que nous avons recueillies, l'âge moyen est de 60 à 65 ans. Cet âge correspond, il est vrai, à la période d'état de la maladie, ou plus exactement au moment où une telle difformité devenant de plus en plus gênante, les malades se présentent au chirurgien pour s'en débarrasser. En règle

générale, on peut ramener le début de l'affection à 45 ans environ.

Sexe. — L'acné hypertrophique est presque l'apanage exclusif de l'homme. Sur nos trente observations, nous ne trouvons qu'un cas où elle ait atteint une femme (Perrin, obs. XVII). Cette prédisposition pour le sexe masculin est d'autant plus inexplicable que la couperose est l'attribut de la femme. Nous verrons bientôt que, ni les habitudes alcooliques, ni les professions exposant aux intempéries de l'air ne suffisent à l'expliquer.

Profession. — Au point de vue du métier, on a invoqué sans grandes preuves, les travaux qui exigent une longue application dans une attitude qui favorise une circulation plus active vers la tête ; les professions sédentaires, comme celles de cordonnier, de tailleur, etc...

Antécédents morbides. — Pour Bazin l'acné hypertrophique serait une manifestation caractéristique de l'arthritisme ? Pour d'autres dermatologistes, elle ne serait autre chose qu'une scrofulide ? Ces opinions sont trop douteuses et ont été trop controversées, pour que nous y insistions.

Il n'en est pas de même de l'action prédisposante créée par des poussées successives d'érysipèles de la face ou par la couperose acnéïque. Le malade de Civadier (observ. II) était très souvent atteint d'érysipèle de la face et appartenait à une famille à peu près sujette aux mêmes infirmités. Ceci s'explique : à la suite de poussées répétées d'érysipèle, il subsiste un état inflammatoire chronique du derme qui le rend sujet aux poussées congestives, et ultérieurement à un travail hyperplasique considérable.

L'influence des poussées d'acné au visage, et de la couperose, est encore plus manifeste. Toutes nos observations relatent cette cause dans les antécédents des malades. On pourrait discuter, si l'affection débute par la rougeur congestive qui atteint la peau au début de la couperose, ou se localise d'emblée aux glandes sébacées pour former des boutons d'acné, qui serviraient « d'épine inflammatoire » pour l'hypertrophie consécutive du derme environnant. Les avis les plus opposés ont été émis là-dessus. Aussi la vérité nous paraît résider dans l'opinion mixte qui admet comme point de départ de l'inflammation, tantôt la congestion vasculaire du derme, tantôt l'irritation glandulaire.

Causes Occasionnelles.

Causes Externes. — Elles sont des plus nombreuses : citons d'abord toutes les influences extérieures qui agissent localement sur le visage en l'irritant : le vent, les climats froids, l'exposition constante aux intempéries atmosphériques, aux variations de température. C'est pourquoi on voit cette affection assez fréquente chez les cochers, les chiffonniers, les portefaix, etc. Il est bien évident que chez ces gens-là, il faut aussi incriminer l'alcoolisme ; mais en dehors de l'alcoolisme, toutes ces causes doivent favoriser certainement le développement de la maladie.

Il en est de même d'une cause identique signalée par Bose dans sa thèse : l'exposition prolongée au milieu des poussières irritantes. Le malade dont il rapporte l'observation (Observ. X) était mineur dans une carrière de

houille à Graissessac, et, par conséquent exposé sans cesse aux poussières de charbon. Ajoutez à cela que les pénibles travaux auxquels il était obligé de se livrer devaient provoquer chez lui une abondante sécrétion de sueur, condition très favorable pour fixer la poussière sur les parties exposées.

Quelques auteurs ont incriminé l'application sur la face de certains cosmétiques. Cette cause nous paraît bien secondaire et sans nous attarder à discuter sa valeur, nous citerons l'opinion d'Hébra à ce sujet : « J'ai connu, dit-il, des acteurs comiques qui, pendant plusieurs années s'étaient barbouillés la face chaque soir avec différentes substances, sans qu'il en soit résulté jamais aucune lésion de la peau ».

Causes internes. — L'élément étiologique le plus probant et que l'on retrouve dans la plupart des cas est l'abus des boissons alcooliques et particulièrement du vin rouge. En effet, l'acné hypertrophique semble se montrer de préférence dans les professions où les habitudes d'alcoolisme sont la règle. C'est pourquoi Ollier désignait cette affection sous le nom d'éléphantiasis des buveurs.

Au sujet de l'influence du vin rouge, nous rappellerons les expériences si curieuses de M. le D[r] Puppier qui, en faisant boire pendant plusieurs mois du vin rouge à des poulets, leur voyait pousser des crêtes monstrueuses, tandis que d'autres poulets placés dans les mêmes conditions, mais abreuvés avec de l'eau-de-vie diluée, de l'absinthe, etc., non seulement n'éprouvaient rien de semblable, mais présentaient des crêtes pâles et flétries. Des effets analogues s'observent aussi sur l'homme ; et si un

nez fleuri est souvent l'apanage de ceux qui abusent du vin rouge, un faciès pâle et blème est encore plus souvent l'attribut de ceux qui s'altèrent la santé avec de l'eau-de-vie ou de l'absinthe, C'est cette remarque qui avait fait décrire à Hébra deux sortes de couperose : celle des buveurs de vin et celle des buveurs d'alcool.

Mais si l'abus des boissons spiritueuses et du vin rouge surtout ne peut être nié, il ne faudrait pas voir là la seule cause de l'affection. D'ailleurs l'hypertrophie n'est pas en rapport avec la quantité de vin qu'ingèrent les individus, et si l'on voit des nez bourgeonnants chez les sujets qui font abus de ce liquide, on les rencontre aussi chez des gens qui ont cessé depuis longtemps d'en faire usage. Et de fait parmi les cas d'acné hypertrophique dont la relation a été conservée dans les annales de la science, on en trouve plusieurs où la sobriété des malades a été particulièrement notée. Le malade d'Imbert Delonnes (Observ. III) était devenu d'une sobriété excessive, ce qui n'empêcha pas son nez de croître et d'embellir. M. Spillmann rapporte le cas d'un jeune homme n'ayant jamais bu de vin et qui pourtant voyait tous les jours son nez augmenter d'une façon démesurée et prendre une coloration rouge de plus en plus intense.

Tout cela prouve qu'une fois le processus hypertrophique en mouvement, il peut se continuer malgré une sobriété relative, et nous devons invoquer alors une disposition particulière qui, d'après les partisans de l'arthritisme aurait sa source dans cette diathèse ? En effet, l'acné est, d'après les partisans des idées de Bazin, une

des manifestations les plus fréquentes et les plus caractéristiques de l'arthritisme. Elle l'annonce ou le confirme tant chez les hommes que chez les femmes. Pour Besnier, l'acné rosacée diffuse hypertrophiante fait partie avec la micrartériosclérose et l'obésité du syndrome propre aux arthritiques intoxiqués. D'autres auteurs enfin considèrent cette affection comme un des attributs de la diathèse scrofuleuse?

Mais quelle qu'elle soit, la prédisposition est toujours nécessaire, car les formes hypertrophiantes d'acné, sont rares, très rares, eu égard au nombre considérable de buveurs de vin, ou d'autres liquides plus ou moins alcoolisés ; et il est fort remarquable qu'on n'observe pas ces pachydermatoses chez les femmes, bien que le nombre des femmes aldéhydiques soit devenu vraiment considérable.

Nous ne saurions terminer cet exposé des causes internes sans ajouter que cette affection peut être relevée chez des sujets qui, à aucun point de vue, ne sont des alcooliques, mais simplement des dyspeptiques chroniques.

Causes anatomiques. — La structure même normale de la peau du nez. La peau du nez est en effet *très vasculaire*, ce qui explique la rougeur que présentent certains sujets à la suite d'excitations alcooliques. Elle est en outre remarquable par la grande quantité de glandes sébacées qu'elle renferme dans son épaisseur. Ces appareils glandulaires apparaissent au niveau des faces latérales où elles sont très abondantes ainsi que sur les ailes et le lobule.

« On en trouve, dit Testut, de toutes les dimensions et de toutes les formes, depuis le simple follicule jusqu'à ces

glandes gigantesques dont les nombreux lobules s'étalent au-dessous du derme ». La peau des ailes et le lobule sont criblés de petits trous qui sont les orifices des follicules sébacés et souvent même la matière sébacée, concrète et noircie, y apparaît sous forme de points noirs ressemblant à des grains de poudre.

Par la pression des doigts, on fait sortir ladite matière des orifices, sous la forme de petits vers.

Donc, nous trouvons dans la structure de la peau du nez, une vascularisation très abondante et des glandes sébacées excessivement nombreuses. Nous verrons dans sa suite combien ces deux éléments anatomiques entrent en cause dans la production de l'acné rosacée et de sa conséquence, l'acné hypertrophique.

SYMPTOMATOLOGIE

L'acné hypertrophique se présente d'ordinaire avec les caractères généraux suivants : elle débute généralement par une éruption d'acné rosacée ne se localisant pas seulement au nez, mais envahissant presque toujours le front et les joues, et s'accompagnant de rougeurs congestives. Tantôt l'hypertrophie de l'organe est uniforme et arrive à donner au nez un volume double de celui qu'il avait à l'état normal, constituant ce qu'on a, avec si forte raison, qualifié de nez en morille, nez en pomme de terre. D'autres fois le processus hypertrophique donne naissance à des tumeurs pédiculées, de nombre, de volume et de forme variables, séparées entre elles par des sillons profonds. La peau qui recouvre le nez ainsi hypertrophié a une teinte rouge vineuse, à laquelle s'ajoutent des rugosités qui recouvrent sa surface. Elle est sillonnée de trajets vasculaires, très dilatés, visibles à l'œil nu et formant des arborisations parfaitement distinctes, dont tous les rameaux serpentent à la surface ou dans l'épaisseur du derme. C'est sous l'influence des congestions incessantes qui se produisent que le derme s'altère, non seulement dans son aspect, mais encore et surtout dans sa struc-

ture et ses éléments constitutifs, qu'il s'épaissit, prolifère et peu à peu s'hypertrophie.

Nous avons deux groupes de symptômes à étudier : les symptômes objectifs et les symptômes subjectifs.

Symptômes Objectifs. — Ce sont : le siège et la forme de l'hypertrophie, son volume, sa consistance, son aspect.

Siège et forme. — C'est la base du nez qui est envahie le plus souvent par l'hypertrophie. L'anatomie de cette région, si riche en vaisseaux et glandes sébacées explique cette localisation. Plus spécialement, le lobule et les ailes du nez sont atteints, et cette localisation donne lieu à trois tumeurs, correspondant l'une au lobule, les deux autres aux ailes : c'est la forme trilobée. De ces trois tumeurs, celle correspondant au lobule se développe beaucoup plus que les autres, et arrive à descendre jusqu'au niveau du menton. Le malade que nous fîmes opérer présentait cet aspect trilobé et la tumeur médiane, de la grosseur d'un œuf de poule, descendait jusqu'à un centimètre au-dessous de la lèvre inférieure. Le plus souvent les tumeurs latérales n'atteignent pas un tel développement et sont séparées de la partie médiane par des sillons profonds, où s'accumulent les sécrétions des glandes sébacées. Des sillons identiques, à direction variable, les subdivisent elles-mêmes en deux ou trois lobes secondaires. Cette forme trilobée est ce que l'on pourrait appeler la forme classique de l'acné hypertrophique.

Dans d'autres cas, la lobulation est multiple, témoin le malade de Lucas-Championnière, dont le nez était couvert de tubercules violacés de la grosseur d'une noix,

séparés les uns des autres par d'étroits sillons et ressemblait ainsi à une énorme framboise.

D'autres fois sur le derme uniformément épaissi, se développent des tumeurs affectant les formes les plus bizarres. Une des tumeurs du malade de Civadier. (Observ. II), ressemblait « en grosseur et figure à une amande dans sa coque » et une autre « située un peu au-dessus du nez, avait la grosseur d'une petite aveline et la forme d'une crète de coq ».

Volume et dimensions. — Si les formes qu'affecte l'acné hypertrophique sont très variables, on peut dire qu'il en est de même de son volume. Depuis la grosseur de quelques boutons d'acné réunis et confondus entre eux, il peut aller jusqu'à prendre des dimensions colossales.

Le malade de Theulot (obs. I) présentait quatre tumeurs dont « l'une était grosse comme un œuf de poule, deux autres chacune comme le poing, et la plus grosse avait le double de ce volume. Celle-ci descendait jusqu'au menton et couvrait du côté gauche, toute la base de la mâchoire inférieure ». Poids total 5 livres. Le professeur Rizzoli a trouvé chez un de ses opérés, les dimensions suivantes :

Tumeur du côté du droit :

hauteur	11	centimètres.
largeur	8	—
circonférence transversale. .	20	—
circonférence longitudinale. .	27	—

Tumeur du côté gauche.

hauteur	7	cent.
largeur	5	—
circonférence transversale . .	18	—
— longitudinale . .	17	—

Le Docteur Demeules a trouvé chez un malade qu'il opéra, les dimensions suivantes :

largeur du nez à sa base. . .	14	cent.
hauteur — . .	11	cent.

Guérin en 1872 a rencontré une tumeur presque égale au volume des deux poings.

De nos jours on n'a pas l'occasion d'observer des cas aussi monstrueux ; il en est de cette monstruosité comme de beaucoup d'autres, qui sont destinées à devenir de plus en plus exceptionnelles. A mesure que les ressources de la chirurgie sont plus accessibles et que les opérateurs se multiplient, les grosses tumeurs deviennent plus rares, par la seule raison que les malades trouvent plus facilement l'occasion de s'en débarrasser. Aussi peut-on actuellement considérer les dimensions extrêmes de ces masses hypertrophiées, comme n'excédant pas le volume du poing d'un adulte.

Consistance. — Ordinairement les masses hypertrophiées sont molles et flasques (consistance lipomateuse). Elles sont dures cependant en certains points.

Aspect. — La peau du nez hypertrophié est d'un rouge

plus ou moins vif, parfois violacé; elle est sillonnée de grosses veines variqueuses et criblée d'une multitude d'orifices de glandes sébacées, très dilatés, au point qu'ils forment, selon Leloir et Vidal, « un entonnoir si large qu'on peut y introduire un tuyau de plume ». De plus elle est très souvent parsemée d'éminences papilliformes, ce qui lui donne l'aspect d'une peau d'orange à gros grains.

Enfin les follicules sébacés étant très développés, et leur sécrétion à la fois viciée et accrue, recouvrent la surface des tumeurs d'un enduit graisseux et luisant. Cette matière sécrétée s'accumule même dans les sillons dont nous avons parlé, et répand une odeur désagréable.

Symptômes subjectifs. — Les phénomènes morbides que détermine l'acné hypertrophique sont de deux sortes : moraux et physiques, ou mieux fonctionnels.

Les troubles fonctionnels ne se montrent qu'à la période d'état de l'affection, c'est-à-dire au moment où les masses hypertrophiées, ayant atteint un grand développement, apportent un obstacle à l'accomplissement de diverses fonctions. Et d'abord pendant la nuit, dans la situation horizontale, les tumeurs oblitèrent les narines par leur propre poids et rendent la respiration par le nez difficile. Force est au malade de respirer par la bouche ; mais le processus hypertrophique continue sa marche et peu à peu les tumeurs recouvrent la bouche elle-même. De sorte que, nous dit Imbert Delonnes (observ. III) en parlant de son malade : « pour jouir des douceurs du sommeil, ou se procurer le calme heureux du repos, qu'on trouve si parfait dans une position horizontale, il fixait à son bonnet de nuit une fronde avec laquelle il isolait, en le

suspendant, un ennemi qui l'aurait étouffé sans cette précaution ».

Il en est de même lorsque le malade veut manger ou boire : il doit relever avec la main la tumeur. « Pour manger et boire, dit encore l'auteur précité, il relevait, mais toujours avec peine, des masses lourdes qui semlaient lui interdire l'usage des aliments et des boissons ».

Pour se moucher, le malade de Hutin (observ. IV) mettait alternativement le pouce sur l'orifice de chaque narine, et soufflait fortement de l'autre. Le malade du professeur Rizzoli avait de la difficulté à cracher, à se moucher et aussi à parler intelligemment. Lorsque la racine du nez est envahie par l'hypertrophie la vision est atteinte. Le crocheteur opéré par Ollier (observ. VIII) en était arrivé à ne se servir que d'un œil, la vision binoculaire étant impossible.

Les phénomènes douloureux sont nuls : tout au plus, au début, une légère sensation de chaleur et des picotements au nez accompagnés quelquefois de céphalalgie. Les tumeurs elles-mêmes sont indolentes et même insensibles, au point qu'on pouvait, chez le malade de Bosc, (observ. X) enfoncer des épingles dans leurs masses sans provoquer la moindre douleur.

Les troubles moraux sont de beaucoup plus importants que les troubles fonctionnels. On comprend en effet combien la vie doit être pénible pour ces malheureux, qui honteux et rougissants d'eux-mêmes osent à peine se montrer en public. Tout le monde attribue en effet, et bien souvent à tort, à cette affection une étiologie que les

malades ne voudraient point avouer et l'on se complaît à les accuser d'intempérance exagérée avec tous les vices qui en découlent. Une telle infirmité constitue donc pour ceux qui en sont atteints une véritable infortune, un chagrin de tous les instants, et, véritables hypocondriaques, leur désespoir les mène quelquefois au suicide.

D'ailleurs dans la plupart des cas, ce n'est point pour les troubles fonctionnels qu'ils éprouvent, que les malades viennent réclamer les secours de la chirurgie, c'est uniquement parce que la vie sociale est un supplice par le ridicule qu'ils portent avec eux. Le sujet opéré par le Dr Schwartz sollicitait la guérison d'une monstruosité qui le mettait constamment en butte à la risée publique. En effet il était renvoyé sous des prétextes quelconques des diverses places qu'il occupait à cause de son infirmité ; dans la rue, il suscitait de tels accès d'hilarité que personne n'osait plus sortir avec lui.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La tumeur enlevée au malade qui fait l'objet de l'observation IXX, ayant été soumise à l'examen de M. le professeur Letulle, nous ne saurions mieux faire que de reproduire intégralement les belles pages d'anatomie-pathologique qu'il a bien voulu nous rédiger sur la constitution de cette tumeur.

Nous étudierons ainsi successivement les lésions des divers éléments de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané malades, en nous rapportant aux coupes que nous devons également à la bienveillance de ce maître distingué.

Voici cet examen :

Sur les coupes, à un faible grossissement, la pièce paraît constituée par un nombre considérable de logettes remplies de graisse et de dimensions les plus variables, creusées au milieu d'un tissu fibreux, dense, cloisonné, aréolaire.

Le revêtement épidermique de la peau est continu, non ulcéré, mais souvent creusé de larges et profondes dépressions correspondant à l'embouchure des conduits folliculaires et des canaux excréteurs des glandes sébacées, multipliées et extraordinairement hypertrophiées

comme on le verra plus loin. Après coloration au picro-carmin de Ranvier, le revêtement épidermique de la peau, montre :

1° Un épaississement notable par places de la couche cornée ;

2° Une augmentation considérable de *stratumgranulosum*, dont les cellules vivement teintées par le réactif, contiennent une forte proportion de grains d'éléidine. Sur les parties bien perpendiculaires à la surface de la peau, il n'est pas rare de compter quatre et même cinq assises de ces cellules polygonales parallèles à la couche du derme.

3° *Le corps muqueux de Malpighi* est peu altéré, plutôt vacuolaire sur plusieurs points, en particulier autour des grandes dépressions correspondant à l'embouchure des larges canaux excrétoires des glandes sébacées ; là, les cellules du *stratum filamentosum* sont, pour la plupart, gorgées d'un liquide plutôt séreux que muqueux et condensé en une énorme vésicule qui refoule de côté le noyau de l'épithélium ; en ces points, les filaments d'union sont dilacérés et mal reconnaissables.

4° En outre, toutes les couches de l'épiderme sont largement infiltrées de noyaux de cellules lymphatiques, arrivées par diapédèse entre les éléments épithéliaux. Ces noyaux ont les formes et les dimensions les plus variées ; ils prédominent dans les deux couches du corps muqueux de Malpighi spécialement au niveau du *stratum germinativum*.

Le *derme* est remarquable par sa condensation fibroïde et par la disparition presque complète du corps papillaire.

Assurément la peau était soulevée en masse et saillante, le derme étant distendu des parties profondes à la surface par l'énorme quantité de glandes sébacées hypertrophiées, logées dans les parties sous-jacentes.

Les *poils* sont des plus rares, tous réduits à de minces filaments follets perdus au milieu des vastes clapiers sébacés dont nous allons voir les caractères.

Les *glandes sudoripares*, plus rares encore que les poils, enfoncent, par ci, par là, leur canal excréteur demeuré normal au milieu des travées fibreuses qui l'entourent.

La lésion principale consiste en une prolifération extraordinaire des glandes sébacées, dont l'hypertrophie est souvent considérable. Elles sont si nombreuses sur toutes les coupes, qu'elles occupent à elles seules la presque totalité du derme épaissi ; diversement dirigées, suivant le sens dont la coupe les a atteintes, ces glandes en grappe se présentent avec des formes et des dimensions extrêmement variables. Les plus volumineuses, celles qui sont à peu près perpendiculaires à la surface de la peau et coupées dans leur plus grande longueur, atteignent jusqu'à 1.600 μ et même 1.850 μ, près de deux millimètres ; ce sont de beaucoup les plus rares. Souvent cependant elles arrivent à 720 μ de diamètre, quelle que soit la direction de leur masse, parallèle, oblique ou perpendiculaire par rapport à la surface de la peau.

Les îlots glandulaires coupés transversalement présentent maintes fois un aspect polycyclique des plus remarquables : on peut compter souvent sept et neuf lobules énormes, étalés, comme en rosace, et divergeant d'une manière plus ou moins régulière autour d'un centre repré-

senté par une grande cavité plus ou moins pleine de cellules sébacées en liquéfaction graisseuse et au milieu desquelles il est habituel de reconnaître la coupe d'un poil follet. Chacun des lobules acineux est, soit arrondi, soit deux ou trois fois frangé sur ses bords, indice du nombre d'acini constituant la masse sébacée primitive. Ces colossales rosaces glandulaires donnent à la coupe un aspect caverneux des plus typiques.

Le contenu de chaque glande sébacée est composé d'un nombre très grand de grosses cellules sébacées polygonales remplies de vacuoles de graisse.

La plupart de ces cellules sébacées sont plus ou moins régulièrement quadrilatères, à peu près aussi larges que hautes, et mesurent en moyenne de 20 à 23 et 29 μ. Le noyau, bien au centre, ne dépasse guère 7 à 9 μ, arrondi, avec un ou deux nucléoles très vivement teintés par l'hématéine ou le bleu polychrome de Unna. Les épithéliums en bordure, à la périphérie de l'acinus sont plus petits, sombres, encore exempts de graisse ; les cellules les plus élevées, ou déjà tombées dans le canal excréteur, sont déformées, d'un jaune sale, et leur noyau anguleux, atrophié, a souvent même disparu.

Sur la plupart des glandes sébacées le canal excréteur extrêmement distendu, pouvant par exemple mesurer jusqu'à 400 μ est devenu un véritable cloaque, irrégulier, commun à plusieurs glandes hyperplasiées et rempli de détritus variés, parmi lesquels on peut reconnaître des épithéliums sébacés en fonte avancée, un poil follet grêle et souvent déformé, enfin de nombreux leucocytes et des microbes d'autant plus abondants que la coupe est

plus proche de la surface de la peau. Ces cloaques communiquent directement avec les grandes et profondes dépressions signalées à la surface de l'épiderme. Il est à noter que les couches épithéliales de l'épiderme s'enfoncent régulièrement le long de ces boyaux énormes, mais que la couche cornée disparaît très vite, alors que le stratum granulatum, avec ses éléments gorgés d'éléidine, y forme une bordure fort épaisse, plus importante, plus riche en éléidine qu'à la surface de la peau.

Deux points sont encore à noter dans l'étude microscopique de cette pièce intéressante :

1° Sa richesse en cellules granuleuses d'Ehrlich et en clasmatocytes ;

2° La présence de lésions inflammatoires dans le squelette conjonctivo-vasculaire.

1° *Cellules granuleuses d'Ehrlich et clasmatocytes.* — La coloration des coupes par le bleu polychrome de Unna montre un grand nombre de cellules teintées en rouge sombre au milieu des mailles du tissu conjonctif.

Dès au-dessous de l'épiderme, les travées fibreuses du derme sont parsemées de grandes cellules fusiformes en général, granuleuses, rougeâtres avec un noyau ovoïde très clair. Mesurées, elles ont souvent 40 à 42 μ. de long, mais très minces elles ne dépassent pas 3 à 5 μ. d'épaisseur. Leur protoplasma est composé d'un nombre incalculable de petits grains arrondis, très homogènes, qui, aux extrémités de la cellule, semblent s'effriter et, de fait, sont souvent tombés dans les espaces connectifs circonvoisins.

Dans le corps papillaire qui persiste sur quelques points, ces éléments apparaissent souvent sous forme non plus de longues traînées fusiformes, mais comme des organes polygonaux, triangulaires, ou encore conoïdes, en ce sens qu'une de leurs extrémités est large, massive, presque rectangulaire, alors qu'au-delà du noyau, l'autre extrémité s'effile progressivement.

De toute façon ces clasmatocytes (car on ne saurait les désigner sous un autre terme) sont peu volumineux ; les triangulaires (coupées transversalement) ont 9 μ. 5 sur 7, y compris la coupe du noyau.

Quelques-uns, polymorphes à l'extrême, montrent une de leurs extrémités bifide, semant les grains homogènes au loin ; d'autres encore ont un protoplasma branché, un prolongement aussi volumineux que le corps de la cellule se détachant de lui à angle aigu ou même à angle droit, et montrant ses granulations protoplasmiques en voie de clasmatose évidente.

Dans le derme lui-même, autour des hyperplasies glandulaires sébacées et autour des vaisseaux, les dispositions sont des plus nettes. Autour des vaisseaux, on reconnaît tout d'abord un nombre considérable de grosses cellules granuleuses d'Ehrlich, bien reconnaissables à leur noyau bleu clair, translucide, et à la masse imposante de granulations protoplasmiques, homogènes, tassées autour de lui. Ces cellules granuleuses d'Ehrlich ne sont cependant pas aussi volumineuses qu'on le pourrait croire, à en juger par leur relief coloré. Autour des veinules elles mesurent, en moyenne, 7 à 8 μ ; autour des artérioles, elles m'ont

paru plus grosses, atteignant 7 μ sur 12 μ et même 9 μ sur 15 μ.

En même temps, et à côté de ces cellules d'Ehrlich existe une forte proportion de cellules clasmatocytes aussi granuleuses, aussi claires, aussi effritables que celles de la surface du derme. Le contraste est remarquable et permet de considérer la cellule d'Ehrlich comme un clasmatocyte rétracté ou condensé, suivant l'opinion que l'on a de la contexture de ces éléments si curieux, mis en lumière par les travaux de Ranvier. En tout cas, il ne faut pas oublier que les clasmatocytes dans ce cas étaient considérablement plus nombreux et plus disséminés que les cellules d'Ehrlich.

Autour des glandes sébacées, l'étude des clasmatocytes montre qu'ils sont nombreux, minces, couchés dans les espaces connectifs serrés qui séparent les travées fibreuses denses formant comme une gaîne à chacun des lobules sébacés. Quelquefois cependant, les clasmatocytes, là encore, peuvent posséder une de leurs deux extrémités bifide, en clasmatose évidente.

Autour des glandes sudoripares, clasmatocytes et cellules d'Ehrlich sont des plus rares.

2° *Lésions inflammatoires du squelette interstitiel.* — Les altérations inflammatoires sont de deux ordres : les premières, chroniques, se caractérisant par une transformation fibreuse diffuse du tissu conjonctif du derme et de l'hypoderme, tout au moins des parties superficielles de l'hypoderme, enlevées avec la masse tumorale. La sclérose est surtout marquée autour de chaque glande sébacée, et dans les intervalles séparant les lobules acineux,

les minces bandes conjonctives qui, accompagnées de capillaires et de veinules, y apportent la vie aux épithéliums glandulaires, sont fibroïdes, pauvres en éléments cellulaires, et manifestement tassées par la pression exercée contre elles par les glandes hypertrophiées.

De même, le squelette inter-glandulaire est devenu dense et brillant, surtout chargé de cellules granuleuses, pauvre en cellules adipeuses et modérément vasculaire. Enfin, autour des vaisseaux artériels ou veineux, la gaîne périvasculaire est certainement condensée.

Les lobules adipeux du derme et de l'hypoderme sont réduits au minimum, et consistent en quelques rares cellules graisseuses incrustées au milieu des aréoles fibroïdes de la gangue interstitielle épaissie.

Les autres lésions inflammatoires sont *aiguës*, récentes et caractérisées par une inflammation de lymphocytes bien vivants accumulés sous forme d'îlots nodulaires infectieux, encastrés dans les rares espaces conjonctivo-vasculaires décelables entre les paquets de glandes sébacées. Souvent, ces amas de cellules lymphatiques sont groupés autour d'une vésicule ou d'une artériole dont les parois et la lumière sont cependant normales. En quelques points, il m'a semblé que le centre de ces îlots infectieux était occupé par la coupe d'un ou deux canaux sudoripares encore intacts. Une fois enfin, au milieu d'une large coulée d'éléments inflammatoires, existaient deux cellules géantes, irrégulières, munies d'un protoplasma sombre et peu étendu, au milieu duquel il ne m'a pas été possible de colorer de microbes, en particulier de bacilles tuberculeux.

Les cloaques glandulaires sont, de même, pour la plupart infectés et le tissu conjonctif qui entoure les conduits folliculaires ectasiés est presque partout infiltré de nombreux éléments lymphatiques, lymphocytes et cellules poly-nucléaires, révélant une irritation subaiguë diffuse, en rapport avec la présence de produits inflammatoires contenus dans les cavités excrétoires des glandes sébacées, et ayant peut-être été l'origine de l'infection interstitielle profonde, péri-sébacée, dont nous venons de décrire le processus.

En résumé, hypertrophies et hyperplasies sébacées, avec inflammation chronique et lésions subaiguës du tissu interstitiel ».

PATHOGÉNIE

La pathogénie de l'Acné hypertrophique est encore très obscure, et le champ des hypothèses est ouvert, sitôt que l'on se demande par quel mécanisme la peau du nez peut devenir le siège de ces tumeurs monstrueuses, dont nous venons d'étudier la constitution. Sans doute, nous savons qu'autour d'une pustule d'acné servant d'épine inflammatoire, un processus hyperplasique s'est déclaré, transformant le derme en un tissu embryonnaire souvent très vascularisé, puis fibreux. Mais cette explication n'est pas suffisante. Dans certains cas, l'affection a débuté par une rougeur souvent intense de la peau du nez et même du front et des joues, survenant sans cause appréciable, et les pustules d'acné sont très secondaires et ne se montrent quelquefois qu'après plusieurs années d'intervalle.

Le début de l'affection peut donc être attribué à la congestion du derme consécutive à des pustules d'acné ou primitive. Mais alors, il faut se demander à quoi est due cette congestion, dans les cas où elle est le phénomène initial, et comment elle peut arriver à produire un développement aussi considérable de la peau ?

A défaut de raisons suffisantes, nous devons invoquer

la vascuralisation remarquable du nez, son exposition constante au froid et à la chaleur, la richesse de la peau en glandes sébacées. On peut aussi faire intervenir l'action irritante sur ces glandes, des produits de désassimilation de l'organisme, en raisonnant par analogie, et en comparant l'effet de ces déchets, à celui de certains médicaments tels que le brome, l'iode dont l'élimination s'accompagne d'acné. L'effet congestionnant de l'absorption de l'alcool sert à expliquer, en partie, la stase sanguine dans les vaisseaux du nez, et les lésions du tissu ambiant.

Restent les cas sans cause connue, tel que celui rapporté par M. Spillmann, concernant un jeune homme qui n'ayant jamais eu d'acné et n'ayant jamais bu de vin, était porteur d'une hypertrophie assez volumineuse du nez.

Que conclure ? Après avoir énuméré les divers facteurs qui paraissent entrer en ligne de compte dans la production de l'acné hypertrophique, nous devons tout simplement avouer l'ignorance où nous sommes, de l'inconnu qui pousse les éléments de la peau du nez à subir une telle évolution.

ÉVOLUTION. DIAGNOSTIC. PRONOSTIC

La marche des tumeurs qui constituent l'acné hypertrophique est très lente. Elles ne se développent que peu à peu, et pour en arriver à prendre le volume énorme qu'elles présentent très souvent, il faut qu'elles aient débuté depuis un temps assez long. Leur progrès est presque insensible, au point que, dans le commencement, il passe souvent inaperçu pour le malade, surtout si ce dernier n'apporte à sa toilette qu'une attention médiocre. On peut compter facilement quinze, vingt et même trente ans, le temps nécessaire à l'hypertrophie, pour prendre le volume que nous lui avons vu acquérir chez les malades dont nous rapportons plus loin les observations.

Le malade de Bosc (obs. X), pour ne citer qu'un exemple, avait vu commencer son mal 18 ou 20 ans avant sa guérison. A ce sujet, Bosc fait une remarque très intéressante : « On a observé, dit-il, que le néoplasme augmente d'autant plus vite qu'il est plus ancien ; ce qui se comprend facilement, car ces tumeurs, quoiqu'elles n'aient rien de commun avec les tumeurs érectiles, sont très riches en vaisseaux, et elles le sont d'autant plus qu'elles existent depuis plus longtemps. »

Quant à leur terminaison, on peut dire qu'elles n'ont

aucune tendance à s'atrophier et à disparaître ainsi d'elles-mêmes. Elles sont, au contraire, essentiellement tenaces, indéfiniment progressives, et furent longtemps considérées comme rebelles à toute thérapeutique.

Actuellement aucun autre moyen que l'ablation des masses hypertrophiées ne semble pouvoir enrayer la marche de ce processus morbide, qui arrive à atteindre des dimensions colossales, comme nous l'avons vu.

Il est vrai que ces tumeurs n'ont sur l'organisme aucune influence infectieuse et qu'elles ne compromettent en rien l'état général. Les chirurgiens qui en ont extirpé quelques-unes, ne les ont jamais vues se reproduire, aussi peut-on les considérer comme bénignes.

Diagnostic. — L'acné hypertrophique se distingue facilement des autres tumeurs du nez par son aspect général, par ses antécédents étiologiques, par sa bénignité. Nous venons de dire en effet que malgré son volume, elle ne porte aucune atteinte à la santé.

L'absence de phénomènes douloureux et d'ulcération, l'intégrité du système ganglionnaire, la marche très lente sans retentissement sur l'économie, permet de la distinguer d'avec certains processus dégénératifs, tels que le lupus hypertrophique ou l'épithélioma à forme végétante.

A sa période de complet développement, l'acné hypertrophique ne peut être confondue qu'avec l'éléphantiasis des Arabes. Ollier, dans son mémoire de 1876, prétendait même que les tumeurs que nous considérons aujourd'hui comme étant de l'acné hypertrophique étaient de nature éléphantiasique.

Ces deux affections ont en effet un point commun : l'hypertrophie du derme et du tissu conjonctif sous-cutané. Mais elles diffèrent par beaucoup d'autres côtés, et l'évolution, la symptomatologie, l'anatomie pathologique de chacune d'elles, présentent des signes particuliers qui permettent de les classer dans deux groupes distincts.

Outre que l'éléphantiasis est une maladie très rare en Europe, elle a comme siège de prédilection les membres inférieurs. Son évolution est typique. La maladie apparaît avec des signes précurseurs constants : d'abord des phénomènes généraux tels que vomissements, céphalalgie, frissons et fièvre intense s'accompagnant d'une transpiration abondante, avec de l'agitation et même du délire. Puis les phénomènes locaux apparaissent : douleur dans la région qui doit s'enflammer ; les téguments rougissent, se tuméfient, deviennent lisses, tendus, luisants ; les troncs lymphatiques qui partent de la région sont durs, saillants, quelquefois même visibles, grâce à une traînée rouge qui marque leur trajet jusqu'aux ganglions où ils aboutissent et qui sont gonflés, douloureux à la pression.

Alors les phénomènes généraux disparaissent ; les phénomènes locaux tendent à s'amender, mais la partie atteinte reste infiltrée, œdématiée. Au bout d'un laps de temps des plus variables, il se produit une nouvelle poussée qui laisse les téguments encore plus tuméfiés. Ces poussées de lymphangite se répètent et déterminent des altérations de plus en plus notables. La maladie passe alors dans sa seconde phase : elle est chronique. Chaque accès qui va se produire sera moins violent dans ses symptômes fébriles, mais occasionnera un accrois-

sement graduel de l'intumescence. Les ganglions lymphatiques gardent un certain volume et forment des bubons indolents, parfois énormes.

Dans l'évolution de l'acné hypertrophique, nous ne trouvons rien de cette marche aiguë. Pas de réaction fébrile, pas de prodromes ni de troubles généraux ; un beau jour, sans cause appréciable, des papules d'acné accompagnées d'une rougeur intense de la peau apparaissent sur le nez et le visage. Peu à peu les boutons du nez augmentent de volume, les divers éléments de la peau prennent part à ce développement et au bout de dix, vingt ans, le nez se trouve avoir des proportions énormes, sans que la santé du malade s'en soit ressentie le moins du monde un seul instant.

Quant à l'Anatomie pathologique de l'Eléphantiasis, elle nous apprend que son siège primitif est dans le système lymphatique. Il n'en est pas de même pour les tumeurs que nous étudions. L'engorgement des ganglions sous-maxillaires et parotidiens n'a pas été noté, et cependant, le réseau lymphatique est extrêmement riche sur la peau du nez. De plus, l'histologie nous apprend qu'on ne trouve jamais de tissu embryonnaire dans l'éléphantiasis. « Je n'ai jamais pu découvrir dans mes recherches, dit Rindfleisch parlant de cette affection, aucune trace de tissu embryonnaire ».

Comme on le voit, ces deux affections, qu'au premier abord on pourrait confondre, présentent dans leur évolution et dans leur structure des différences telles, que la confusion n'est pas possible.

Pronostic. — Si l'on s'en rapporte à l'extrême lenteur

de l'évolution de l'acné hypertrophique, au grand âge auquel parviennent les individus qui en sont atteints, à la persistance d'une santé parfaite, sans doute le pronostic de l'affection peut être considéré comme bénin.

Il n'en est pas de même si l'on considère l'état de profonde mélancolie qu'engendre une pareille difformité chez un sujet à qui la vie en public est interdite, à cause des perpétuelles railleries dont il devient l'objet.

« Qui de nous, dit Guibout, n'a pas rencontré sur son chemin ou dans sa clientèle, un ou plusieurs de ces malheureux dont le nez hypertrophié fixe l'attention, attire les regards de la curiosité et de l'indiscrétion. A cet aspect, si dans un premier mouvement d'irréflexion, un rire involontaire, provoqué par le ridicule n'a pas affleuré nos lèvres, avons-nous pu du moins nous défendre d'un sentiment d'étonnement, de pitié et de commisération, à la vue d'une infirmité qui est une véritable infortune, un chagrin de tous les instants, et trop souvent une cause de désespoir pour ceux qui en sont atteints. Un de nos honorables confrères, le Dr Trèves, nous a communiqué l'observation d'un de ses clients, qui n'ayant pu être guéri de la lésion qui nous occupe, et qui ne se sentant pas la force d'âme nécessaire pour accepter avec résignation une si grande difformité, avait mis fin à son existence en se jetant par une fenêtre ». Aussi verrons-nous, en étudiant le traitement, que l'ablation des masses hypertrophiées, inutile ordinairement au point de vue de l'existence, devient, *pour des considérations plastiques urgentes*, une opération de nécessité.

TRAITEMENT

Nous étudierons successivement le traitement médical et le traitement chirugical.

A. — *Traitement médical.*

La thérapeutique médicale est impuissante contre l'acné hypertrophique. Dans aucun des cas, et ils sont nombreux pourtant, où des tentatives de médication interne ont été faites on n'a noté d'amélioration, ou pour mieux dire de régression des masses hypertrophiées. Et pour se convaincre de ce que nous avançons, il suffit de s'en rapporter aux observations que nous avons recueillies. La plupart des malades se sont soumis avec une grande persévérance à un traitement médical avant d'invoquer les secours de la chirurgie : les uns furent traités par les alcalins (*intus* et *extra*, Guibout obs. VI), d'autres par des purgatifs et dérivatifs de toutes sortes (cautères, sangsues à l'anus. Ollier. observ. IX), d'autres enfin observèrent un régime sévère et une absolue sobriété et appliquèrent sur leur nez hypertrophié toutes sortes de pommades plus ou moins résolutives. Aucun ne retira de bénéfice de ce

genre de médication. La nature fibreuse de l'hypertrophie explique d'ailleurs facilement ces insuccès.

B. — *Traitement chirurgical.*

A sa période de début, comme à sa période d'état, l'acné hypertrophique est justifiable du traitement chirurgical.

Lorsqu'elle ne se caractérise que par un épaississement modéré des narines, une augmentation légère du volume du bout du nez, et une rougeur éclatante de l'organe, l'opérateur a à son service divers moyens que nous allons examiner.

La scarification linéaire, opération perfectionnée par Balmanno Squire et définitivement réglée et adoptée à son but par Vidal et Besnier, ne donne que des résultats fort imparfaits, parfois assez satisfaisants, plus souvent presque nuls ou tout à fait nuls. (Perrin. Observ. XVII).

Aussi vaut-il mieux employer l'électro-cautérisation avec les grilles à quatre ou huit pointes portées au rouge sombre. On ratisse pour ainsi dire les tissus ; il se forme une escharre noirâtre, qui, à sa chute, laisse une surface qui se cicatrise rapidement. On peut faire un certain nombre de séances, tous les dix à quinze et vingt jours, et on arrive ainsi à avoir une surface lisse sans brides chéloïdiennes.

Si les tissus hypertrophiés sont trop volumineux, au lieu de cautérisations de surface, on peut les larder d'une série de pointes de feu aussi fines que possible avec la pointe unique du galvano-cautère.

Il faut avoir soin d'espacer d'environ cinq millimètres les igniponctures, pour ne pas avoir une destruction en masse des téguments, laquelle pourrait entraîner à sa suite des cicatrices vicieuses. On fait ainsi, à deux ou trois semaines d'intervalle, des séries de cautérisations en touchant dans les séances ultérieures, les points situés entre les pointes de feu qui ont été antérieurement faites.

Les soins consécutifs sont des plus simples : on nettoie matin et soir les parties opérées avec de l'eau boriquée, et on panse ensuite à la vaseline boriquée. Il se produit pendant quatre à cinq jours une inflammation assez vive ; si elle l'est trop, on la calme avec des cataplasmes émollients.

Peu à peu l'intensité de l'inflammation se calme, et il se fait insensiblement un processus de rétraction cicatricielle, qui réduit le volume des parties atteintes, et le blanchit dans une certaine mesure (Perrin, obs. XVI).

Ce procédé est des plus efficaces ; mais il peut laisser des dépressions arrondies plus ou moins profondes, correspondant aux cautérisations, séparées entre elles, par de petites saillies mamelonnées.

Aussi en présence de ces résultats, Brocq a conseillé l'électrolyse, selon le procédé suivant : Introduire l'aiguille électrolytique en platine irridié et reliée au pôle négatif, dans l'intérieur des orifices sébacés à une profondeur variable suivant l'épaisseur des téguments ; faire passer un courant, suivant la douleur éprouvée par les individus, de un et demi à cinq milliampères. Quand les orifices sébacés sont très dilatés, on fait exécuter

à l'aiguille des mouvements de circumduction, ce qui permet au courant d'agir sur toutes les parois du conduit et ce qui facilite la sortie des matières grasses qui y sont accumulées. Lorsqu'on a fait un nombre de piqûres suffisant (deux à trois par minute), on badigeonne avec de l'alcool camphré.

Tous les deux jours, on fait la même opération électrolytique pour détruire toutes les glandes. Enfin il faut agir sur les dilatations vasculaires avec des aiguilles des plus fines, coudées à angle obtus, à sept ou huit millimètres de la pointe, toujours reliées au pôle négatif. On pique la varicosité, on imprime à la partie coudée de l'aiguille une direction parallèle aux téguments, on cathétérise en quelque sorte le vaisseau, et on fait passer le courant avec précaution pour n'avoir qu'une destruction limitée au vaisseau.

Des piqûres électrolytiques analogues sont pratiquées sur toutes les varicosités visibles. Par cette méthode on agit :

1° Sur les glandes dilatées et hypertrophiées ;

2° Sur la séborrhée huileuse ;

3° Sur les tissus hypertrophiés ;

4° Sur les dilatations vasculaires.

Il est de première importance dans cette opération d'avoir un bon porte-aiguilles ; pourvu qu'il soit bien en main, un manche quelconque est d'ordinaire suffisant. Si l'on veut pouvoir fermer le courant à volonté, on se servira avec avantage du porte-aiguille de Unna. C'est un cylindre d'os traversé par un fil de laiton communiquant

d'une part avec le pôle, et pouvant d'autre part être mis à volonté en continuité avec l'aiguille par une simple pression sur un bouton disposé dans ce but.

Le seul désavantage de ce procédé ; c'est qu'il exige de nombreuses et longues séances opératoires.

Arrivées à leur période de complet développement, les masses hypertrophiques peuvent être divisées, comme nous l'avons vu, en deux catégories : elles sont pédiculées ou sessiles ; en d'autres termes, elles tiennent au nez par une attache plus ou moins étroite, ou bien elles forment un revêtement régulier plus ou moins complet au squelette du nez. Nous aurons donc à nous occuper du traitement des tumeurs pédiculées, puis de celui des tumeurs sessiles.

Traitement des tumeurs pédiculées. — Le chirurgien n'a que l'embarras du choix dans les moyens de diérèse. Un coup de ciseau peut faire tomber les tumeurs les plus volumineuses : la ligature des vaisseaux, un bouton de feu, empêcheront toute hémorrhagie. On peut aussi faire la section du pédicule, soit au serre-nœud, soit avec l'écraseur de Chassaignac, soit par la ligature simple ou élastique. Ce dernier procédé est long et douloureux et inférieur à la section immédiate par le ciseau ou le bistouri. Si l'on veut enfin les avantages de la cautérisation, on peut obtenir un très bon résultat, soit avec le fer rouge tranchant, soit avec le galvano-cautère.

Comme on le voit, la section des tumeurs pédiculées n'offre aucune difficulté, d'autant plus que le peu d'étendue de la plaie, permettant quelquefois une suture immé-

diate des lèvres, se prête à une facile et rapide cicatrisation.

Traitement des tumeurs sessiles. — Lorsque l'hypertrophie est développée en masses sessiles, et comprend une grande étendue de la peau du nez, les moyens précités ne sauraient convenir, et le chirurgien doit alors procéder à l'extirpation de ces masses en pratiquant l'opération qu'Ollier a désignée sous le nom de « décortication du nez ».

Cette opération consiste simplement dans la mise à nu de la charpente ostéo-cartilagineuse du nez, sur toute l'étendue du mal. Selon l'expression de Poncet, le chirurgien « fait avec les pinces et un bistouri ce que l'on fait avec les doigts en enlevant le brou d'une noix fraîche sans briser la coque, en enlevant l'écorce d'une branche sans toucher au bois ».

La décortication du nez pouvant être pratiquée soit à l'aide du thermocautère, soit à l'aide du bistouri ou de tout autre instrument tranchant, nous allons examiner ces deux procédés : nous mettrons en regard leurs qualités et leurs défauts, et nous comparerons leurs avantages respectifs avec le but cherché, qui est de rendre au nez sa forme primitive.

Décortication au thermocautère. — On a représenté à tort Ollier comme l'auteur et le partisan de la seule décortication au fer rouge. Il suffit de lire son beau travail pour se convaincre qu'il n'a pas rejeté les autres moyens d'exérèse, puisqu'il les a même employés avec son habileté ordinaire, mais qu'en préconisant la décortication au fer

rouge, il a tout simplement choisi le meilleur procédé pour son époque. L'illustre chirurgien vit en effet, dans l'emploi du bistouri pour la section de tissus très vascularisés, une source de dangers par les hémorrhagies immédiates et secondaires, par les érysipèles qui en étaient si souvent la conséquence, et c'est pourquoi au bistouri, il substitua « le cautère actuel », grâce auquel il pouvait disséquer et enlever, sans perdre une goutte de sang, toute la masse hypertrophiée, prévenant du même coup les hémorrhagies secondaires et les érysipèles.

Le manuel opératoire indiqué par Ollier dans son rapport à l'Académie, n'a pas varié depuis, sauf que les cautères tranchants en forme de hache dont il se servait ont été remplacés par le thermo et le galvanocautère. Ces deux instruments ont sur celui d'Ollier le très grand avantage que l'on peut disséquer les tissus comme avec un bistouri, et augmenter à volonté, soit leurs qualités tranchantes, soit leurs qualités hémostatiques. Nous accorderons cependant notre préférence au thermocautère ; le galvanocautère étant moins sûr comme agent hémostatique.

Une première incision est pratiquée sur la ligne médiane le long de la tumeur ; puis un aide écartant les lèvres de l'incision avec des pinces, on dirige le fer rouge parallèlement à la surface extérieure du cartilage, et on dissèque ainsi la tumeur de chaque côté jusqu'à ses limites géniennes. L'opérateur doit aller très lentement dans cette dissection minutieuse, et éviter soigneusement de léser les cartilages. Dans ce but, un doigt de la main gauche est introduit

dans la narine qu'on dégage et la distend pour permettre d'apprécier l'épaisseur des tissus. De plus, il ne faut jamais intéresser l'ouverture des narines, et on doit leur laisser toujours une zone de peau, bien qu'elle fasse tout d'abord un bourrelet disgracieux. La rétraction cicatricielle des narines remonte plus tard ce bourrelet et régularise l'ouverture. L'opération, quoique longue et laborieuse, se fait « pour ainsi dire à sec » grâce aux qualités hémostatiques du fer rouge.

Les suites sont des plus simples. On applique sur la plaie un pansement simple, variable d'ailleurs suivant les cas, et on laisse la plaie se cicatriser d'elle-même. La chute de l'escharre se produit d'ordinaire vers le dixième jour, et s'accompagne quelquefois d'un léger suintement sanguin. La cicatrisation n'est complète qu'au bout d'un certain temps qui varie suivant les sujets : vingt-cinq, trente ou, au maximum, quarante jours.

La cicatrice reste pendant quelque temps dure etviolacée ; mais peu à peu elle blanchit, elle s'assouplit et se confond bientôt avec les parties voisines. Chez celles-ci, sur la peau du front et des joues, qui très souvent commence à être envahie par le processus hypertrophique, il se produit un changement heureux. « Il semble, dit Ollier, que dès que le centre fluxionnaire a été supprimé l'hypertrophie des tissus environnants s'arrête et rétrograde d'elle-même. La peau pâlit, les petits mamelons s'affaissent, et le malade perd en même temps cette sensation de chaleur et de congestion qui l'incommodait tant ». Une fois la cicatrisation complète, le nez prend et conserve une forme très régulière, déterminée par le

squelette ostéo-cartilagineux qui a été conservé. L'absence de peau le rend seulement plus anguleux et plus pointu qu'à l'état normal. Mais cette petite imperfection, d'ailleurs inévitable, n'empêche pas le malade de s'applaudir de l'opération et de rentrer bravement dans le monde où son amour-propre avait eu jusque-là tant à souffrir.

Critique. — Le plus grand reproche que l'on puisse faire à la décortication au fer rouge, c'est que le tissu inodulaire, qui nécessairement remplace la peau du nez, a une tendance indéfinie à se rétracter, et doit faire craindre un aplatissement et un rapetissement ultérieur de l'organe. Cette rétraction est fatale, elle diminue toujours le volume du nez, et, dit Ollier « sans l'hypertrophie des cartilages, elle aurait pour résultat de substituer une difformité en défaut à une difformité en excès.

Or, malgré l'affirmation de M. Ollier, basée sur un seul cas, on peut considérer l'hypertrophie des cartilages comme rare ou, du moins, comme de trop peu d'importance pour faire abandonner toute crainte au sujet d'un aplatissement tardif du nez. Le nez paraît donc souvent trop petit pour le visage, les cartilages, non seulement écrasés, mais aussi rétractés, laissent les ouvertures des narines à peine suffisantes pour la respiration. L'opéré de M. Lucas-Championnière, dont la reproduction se trouve au musée Saint-Louis, présente un nez atrophié et écrasé. Le lobule semble s'être rétracté au point de découvrir les narines dont les parois externes existent à peine.

De plus, la difficulté de limiter le champ d'action du fer rouge, nécessite de la part de l'opérateur une grande

prudence, s'il veut raser les cartilages sans les endommager. En effet, la perforation des ailes du nez, par nécrose consécutive à une cautérisation trop profonde, est un danger à considérer et à éviter.

En résumé, les avantages de la décortication au fer rouge, relatifs aux hémorrhagies et aux érysipèles facilement évités par ce moyen, disparaissent devant cette considération, que grâce à l'antisepsie et à la perfection des moyens d'hémostase, on arrive au même but sans s'exposer aux inconvénients fâcheux que nous venons de signaler quel que soit l'instrument de diérèse que nous avons employé.

Décortication au bistouri. — La dissection des masses hypertrophiées avec le bistouri est le seul moyen de faire une ablation complète du tissu morbide et de procéder à une décortication régulière du squelette du nez. C'est le procédé par excellence pour bien voir ce qu'on fait et n'enlever que ce qu'on veut.

Le premier qui ait décrit la décortication du nez par ce procédé, est S. Cooper en 1839. « Il faut, dit-il, obtenir la distension des narines au moyen de charpie, et ensuite pratiquer une incision perpendiculaire à la peau malade dans la ligne médiane du nez. On peut alors saisir avec une paire de pinces le bord de la peau divisée, et exciser avec soin le tissu malade. L'hémorrhagie est généralement abondante. Quelques-uns des vaisseaux nécessiteront la ligature. On arrêtera l'hémorrhagie des autres en employant la compression ».

En 1888, Le Dentu, dans une communication à la Société de chirurgie, a définitivement arrêté le manuel opératoire

de la décortication par le bistouri. « J'introduis l'index de la main gauche dans l'une des narines, de manière à tendre les tissus et j'abrase toutes les masses exubérantes, après en avoir circonscrit le contour avec un bistouri. Pour cette abrasion, je me sers, soit du bistouri, soit de ciseaux courbes, et j'ai soin de bien niveler les tissus, en approchant le plus possible des cartilages sans les entamer. J'en fais autant de l'autre côté du nez. Sur le moment, l'hémorrhagie est assez forte, mais on s'en rend maître, sans trop de peine, avec les pinces hémostatiques, le tenaculum ou la pointe du thermocautère appliquée légèrement sur les vaisseaux qui donnent. Pour pouvoir ensuite placer un pansement compressif sur le nez, il faut bourrer mollement les narines avec la gaze iodoformée. Je fais ensuite un pansement compressif à l'iodoforme, avec occlusion complète de la face sauf deux trous pour les yeux. On évite ainsi l'érysipèle à coup sûr.

« Le premier pansement doit être laissé en place au moins quatre jours, si un abondant suintement sanguin n'oblige à le changer plus tôt. Il ne faut enlever les morceaux de gaze adhérents à la plaie que s'ils se détachent presque d'eux-mêmes. A partir du dixième jour, commence un bourgeonnement si actif de la plaie, que, bientôt on est obligé de la cautériser vigoureusement au nitrate d'argent, tous les jours ou à peu près. A cette condition, on obtient une cicatrice bien régulière et bien plate ».

La cicatrisation est complète du vingtième au trentième jour. La cicatrice est assez longtemps bleuâtre, mais peu

à peu elle prend la coloration de la peau et s'harmonise très bien avec les parties voisines. Elle est moins rétractile qu'après l'emploi du fer rouge.

Critique.— Malheureusement ce procédé expose aux hémorrhagies primitives et secondaires. C'est pour cela, et aussi par crainte de l'érysipèle, qu'Ollier avait abandonné le bistouri et lui avait substitué le fer rouge. De nos jours grâce à une soigneuse asepsie du champ opératoire, l'hypothèse de l'infection érysipélateuse peut être écartée. Mais il n'en reste pas moins la crainte des hémorrhagies secondaires, qu'Ollier explique par ce fait, que les vaisseaux sectionnés ayant une paroi sclérosée et adhérente aux tissus voisins, leur oblitération ne se fait que par un caillot, lequel se désagrége si le moindre trouble vient à se produire dans la cicatrisation de la plaie.

Aussi pour remédier aux inconvénients de ce dernier instrument, Ollier a-t-il proposé un procédé mixte.

Décortication par le procédé mixte. — Il consiste tout simplement à pratiquer d'abord la décortication au bistouri, et à cautériser ensuite au fer rouge la surface cruentée, ou du moins les points saignants et les parties de la plaie que l'on croit utiles de modifier.

A notre avis, ce procédé est le meilleur, parce qu'il réunit les avantages des deux méthodes précédentes sans en avoir les inconvénients ; aussi doit-il être employé dans la plupart des cas.

Rhinoplastie. — Certains auteurs, dans le but de perfectionner les résultats plastiques obtenus par la décortication du nez, et aussi pour éviter les effets de la rétraction du tissu inodulaire, lesquels peuvent à la longue

amener une nouvelle déformation du nez, de sens contraire à celle qu'on a voulu corriger, ont eu recours à divers procédés d'autoplastie, surajoutés à la décortication au bistouri.

Les premiers essais furent faits par l'emploi de la méthode française, grâce à laquelle Bouisson et Delie obtinrent de très beaux résultats. Le premier disséqua aux dépens des joues deux lambeaux quadrilatères qu'il rapprocha par glissement jusqu'à l'affrontement de leurs bords latéraux sur la ligne médiane du nez.

Delie tailla, sur les côtés de la brêche laissée par la décortication, un lambeau triangulaire qu'il disséqua et ramena par glissement sur le dos du nez. Cet ingénieux procédé de rhinoplastie latérale fut suivi dans les deux cas d'un brillant succès.

Plus tard, le professeur Pozzi, dans une communication faite à la Société de Chirurgie (1er décembre 1897), estimant qu'il est préférable de faire suivre la décortication d'une restauration immédiate au lieu de s'en fier à la nature pour la cicatrisation de la plaie, propose le procédé suivant :

« L'autoplastie, dit-il, est ainsi faite : faire descendre la partie supérieure du nez sur la brèche formée par l'extirpation de la partie inférieure; faire descendre la partie inférieure de la peau du front sur la plaie résultant de la dénudation du tiers supérieur du nez. Souder inférieurement le premier lambeau abaissé au cadre des narines conservé : enfin s'opposer au tiraillement, soit en laissant béante une partie des incisions latérales, soit en faisant des incisions nouvelles libératrices.

Voici les détails de l'opération :

1° Le lambeau nasal supérieur est taillé par une incision en V renversé dont la pointe atteint la racine du nez, et dont les branches écartées circonscrivent un lambeau large en haut et terminé en bas par deux pieds de deux centimètres de largeur. On détache ce lambeau à la rugine, en rasant les os, de manière à détacher l'épaisseur des parties molles.

2° Le lambeau est suturé en bas au cadre des narines ; celles-ci sont très fortement attirées en haut.

3° La plaie opératoire est recouverte, mais on lui a substitué en haut une plaie qui résulte du glissement du lambeau. Pour la recouvrir, il faut pratiquer une incision verticale dans l'espace intersourcilier, allant jusqu'un peu au-dessus de la racine du nez. Une incision transversale supérieure donne à cette incision la forme d'un T, du pied duquel part le V renversé de l'incision autoplastique première. Deux lambeaux trapézoïdes ont été ainsi dessinés; on les dissèque profondément, et on attire leurs angles supérieurs en bas, en leur faisant décrire un arc de 20 degrés, et on suture ces angles côte à côte au sommet du premier lambeau triangulaire.

La plaie losangique qui résulte de la bascule de ces deux petits lambeaux est suturée verticalement. On place aussi des points de suture sur les incisions latérales, sauf dans les points où il y a du tiraillement.

4° Le nez est alors reconstitué, mais il est très fortement bridé de haut en bas. Pour faire cesser cette tension, une incision profonde est faite immédiatement au-dessous du nez, à sa jonction avec la lèvre supérieure. La

plaie, libérée profondément à la rugine, est écartée, et deux points de suture sont placés sur la moitié supérieure transformée en un angle vertical. Le reste de l'incision est laissé béant pour servir d'incision libératrice. Le nez est alors délivré de toute traction. »

Tous ces procédés ont le grand inconvénient de se servir de la peau du visage pour l'autoplastie, et de ce fait, sont passibles de plusieurs critiques.

D'abord, en taillant les lambeaux sur les joues et le front, on multiplie les cicatrices sur le visage, et à une difformité que l'on cherche à faire disparaître, on en substitue une autre presque aussi désagréable.

De plus, dans la plupart des cas, la peau du front et des joues dont on fait usage, est atteinte par le processus hypertrophique à un degré plus ou moins avancé : on risque alors de substituer aux téguments hypertrophiés de nouveaux tissus qui peuvent être le siège du même processus inflammatoire. D'ailleurs, les nombreuses pustules d'acné et les varicosités qui sillonnent généralement la peau du visage, contr'indiquent à elles seules son emploi.

A priori, il semble donc préférable, dans le but d'éviter toute récidive et de parfaire le résultat plastique, de s'adresser aux méthodes, dans lesquelles les lambeaux sont pris sur une autre partie du corps que sur le visage. Citons d'abord le procédé d'Ollier qui consiste à recouvrir les points de la plaie où la cicatrisation est lente à se faire, et en particulier le dos et la pointe du nez, au moyen de ses greffes autoplastiques. Ce sont de larges lambeaux comprenant toute l'épaisseur du derme et mesurant deux à quatre centimètres carrés.

Vient ensuite la méthode italo-allemande, qui consiste à recouvrir la plaie obtenue par la décortication, au moyen de lambeaux cutanés pris sur le bras, et restant en continuité avec le membre par un pédicule, jusqu'à soudure presque complète. Dans une communication au Congrès de Chirurgie (26 octobre 1895) M. Jonnesco, de Bucharest, signala le succès qu'il avait obtenu avec ce procédé.

Mais cette méthode comporte en elle-même de réelles difficultés d'exécution, résultant à la fois du supplice imposé au malade (celui de M. Jonnesco resta sept jours avec l'avant-bras fixé sur la tête à l'aide d'un large appareil plâtré englobant toute la face) et du peu de chances de parvenir, dans tous les cas, à l'obtention d'une immobilité absolue et indispensable des parties en contact.

En résumé, nous pensons que les autoplasties consécutives à la décortication du nez, sont inutiles. Sans doute, grâce aux divers procédés que nous venons d'examiner, on peut obtenir un résultat presque parfait, surtout avec les greffes italiennes ; mais dans la grande majorité des cas, la décortication au bistouri suivie d'une légère cautérisation pour éviter les hémorrhagies, offre les avantages d'un succès esthétique suffisant.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Communiquée à l'Académie royale de chirurgie par Teulot, maître chirurgien à Châlon-sur-Saône.

En 1732, un particulier âgé alors de soixante-huit ans se trouvait porter à la partie supérieure des deux ailes du nez quatre tumeurs qui, ayant commencé à se former depuis trente ans, avaient acquis surtout depuis cinq ans, un accroissement si prodigieux qu'elles lui fermaient les narines, couvraient entièrement la bouche et tombaient jusqu'au bas du menton.

Dans cet état, il ne pouvait respirer et prendre ses aliments qu'avec une peine extrême, et le volume de ces tumeurs était si considérable qu'elles semblaient menacer d'une mortification prochaine.

Une de ces tumeurs était grosse comme un œuf de poule, deux autres chacune comme le poing, et la plus grosse avait le double de ce volume. Dans celle-ci, la colonne du nez était confondue ; elle descendait jusqu'au menton et couvrait du côté gauche toute la base de la mâchoire inférieure.

Excision de chacune des parties séparées de la tumeur à quelques jours d'intervalle. Vingt jours après avoir enlevé la dernière le malade fut complètement guéri.

Après l'extirpation, les quatre masses se trouvaient peser cinq livres.

OBSERVATION II (Résumé).

Civadier (Académie royale de chirurgie, édition de l'*Encyclopédie*, tome III). Description de plusieurs tumeurs carcinomateuses situées sur le nez.

Un voyage que je fis au Quesnoy, en 1753, m'y procura l'occasion d'y voir M... qui avait cinq tumeurs implantées sur le nez.

La plus considérable, prenant naissance à la racine et à la partie latérale du nez, pendait sur la lèvre inférieure. Cette tumeur qui dans son origine, c'est-à-dire il y a 18 ans environ, était de la grosseur d'une noix, devint comme une poire; une seconde formée depuis 6 à 7 ans et grosse comme une noix était située au-dessus du nez et presque entre les deux yeux ; la troisième un peu moins grosse, était au-dessous du grand angle de l'œil droit ; la quatrième, attachée à l'aile droite du nez, ressemblait à une amande dans sa coque ; la cinquième, située un peu au-dessus du nez, avait la grosseur d'une petite aveline et la forme d'une crête de coq.

Je conseillai l'extirpation.

M.. était alors âgé de 53 ans, vif et sanguin, ayant le visage couperosé, et sujet à des érysipèles de la face. Sa famille d'ailleurs était sujette aux mêmes infirmités. Je crus devoir le préparer à l'opération par des saignées.

Le 11 octobre, jextirpai la plus grosse tumeur. Je fis l'incision de manière à former pour ainsi dire un nez, avec toutes les précautions nécessaires pour ne pas tirer les car-

tilages et les muscles ; et, pour cela, je fendis la tumeur par le milieu, et depuis le haut jusqu'en bas, après quoi j'emportai la partie droite en dédolant et ensuite la partie gauche : le tout pesait environ 6 onces. Une forte hémorrhagie me mit dans la nécessité de panser le malade promptement avant de songer à extirper les autres tumeurs. Je laissai l'appareil trois jours, et au bout de ce temps, il tomba de lui-même : je trouvai la plaie en suppuration. Comme il survint un érysipèle au visage avec fièvre, je fus dans la nécessité de recourir à la saignée, qui dissipa l'érysipèle. Les autres tumeurs furent ensuite enlevées et tout fut terminé en cinq semaines. Il ne resta presque pas de traces des cicatrices. Tous les amis du malade avaient peine à le reconnaître.

OBSERVATION III (Résumée),

(Imbert Delonnes. *Considérations sur le cautère actuel*, Paris 1812).

P. d. G., maire d'Angoulême, âgé de 59 ans, homme frugal et jouissant d'une parfaite santé, était porteur d'énormes tumeurs dont le nez était le siège.

Ces tumeurs très saillantes, étaient élastiques, et du poids d'environ deux livres. Elles occupaient la surface externe du nez, et, se prolongeant, sans adhérence, sur le muscle buccinateur et sur le menton qu'elles cachaient en entier, elles fermaient hermétiquement les narines et la bouche.

Gêne considérable pour respirer, parler, manger et boire. Pour jouir des douceurs du sommeil ou se procurer le calme heureux du repos, qu'on trouve toujours si parfait dans une

position horizontale, il fixait à son bonnet de nuit une fronde, avec laquelle il isolait, en le suspendant un ennemi qui l'aurait étouffé sans cette précaution.

Cette affreuse maladie avait débuté douze ans avant sa guérison. M. Robin l'aîné, chirurgien d'Angoulême, avait voulu le guérir, et employait dans ce but la ligature, mais il dut y renoncer à cause de la douleur et de l'inflammation.

Consulté par lettre, je le priai de se rendre à Paris. Il s'y rendit ; je fis l'excision : l'opération duravingt-deux minutes. Pansement simple. La suppuration s'établit sans fièvre le cinquième jour. La cure fut parfaite le quarantième jour.

OBSERVATION IV

Communiquée par Hutin (1850) à l'Académie de médecine.

B..., caporal invalide, 72 ans, vigoureux et alerte, d'une sobriété remarquable, d'une santé parfaite, désespéré des moqueries incessantes dont le développement monstrueux de son nez le rendait l'objet, vint à Paris en 1849, solliciter une opération qui fit disparaître sa difformité. Il présentait une hypertrophie considérable de la peau des ailes et du lobule du nez. Commençant au-dessous du bord inférieur des os propres du nez, cette tumeur n'était pas simple et régulière ; plusieurs appendices détachés sur les côtés lui donnaient quelque ressemblance avec des ailes déployées.

Dimensions du nez en hauteur : 7 cent. : en largeur 9 cent. La surface de la peau, ondulée, fournissait dans ses

anfractuosités un suintement de liquide jaunâtre et fétide, auquel la pression ajoutait une matière sébacée abondante. Le lobe était doublé d'un étage d'excroissances. Celles qui se trouvaient sur les ailes étaient moins pédiculées.

Pas de douleur au palper. La consistance de la tumeur était assez ferme, elle devenait turgescente sous l'action du froid.

Les narines saines et libres, fonctionnaient avec intégrité, quand le sujet soulevait la masse charnue pour dégager leurs orifices. Pas de teinte rouge particulière, mais des cicatrices blanchâtres, d'anciennes ulcérations superficielles. B... avait été atteint de couperose vers l'âge de 28 ans et guéri par des vésicatoires. Quelques années plus tard le nez s'hypertrophiait.

Hutin refusant d'opérer l'invalide, ce dernier eut recours à des remèdes empiriques, et peu de temps après eut un phlegmon du cou, dont il mourut par œdème de la glotte.

A l'autopsie : Hypertrophie pure et simple de la peau et du tissu cellulaire. Tissu lamineux, dur et serré. Pas de gros vaisseaux. Seulement de chaque côté de la tumeur l'ouverture dilatée d'un énorme follicule sébacé.

OBSERVATION V (Résumée).

Bouisson. Rhinoplastie pour un éléphantiasis du lobule et des ailes du nez ; conservation des narines, suture entrecoupée des lambeaux géniens. Guérison prompte avec restitution morphologique primitive.

Fontaine, 66 ans, tailleur d'habits, entré à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, pour se faire guérir d'une hypertrophie

considérable, qui avait envahi le lobule et les ailes du nez. Consistance médiocre. Coloration un peu plus rouge que la peau des joues. Pas de dépressions au toucher. Pas de battements, ni de trajets veineux apparents. La tumeur est inégale, lobulée, onctueuse au toucher, formée par l'hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Le développement a toujours été indolent, depuis l'âge de vingt ans, où le nez avait déjà des proportions supérieures à la normale, jusqu'à l'époque actuelle sans qu'il soit survenu ni douleur, ni ulcération. Les narines et la sous-cloison sont intactes.

Etat général bon ; mais le désespoir du malade, et de nouvelles poussées inflammatoires, décident le chirurgien à une intervention.

Le 16 juillet 1854, un aide placé derrière le malade comprimant les artères faciales, on emporta le lobule du nez et une partie de la cloison cartilagineuse des fosses nasales, qui était très saillante, après avoir circonscrit cette région en un lambeau triangulaire, par une incision en V renversé. Après cette excision, les ailes du nez avançaient beaucoup, et leur portion hypertrophiée, était séparée du milieu de l'organe par une échancrure. Leur portion proéminente fut abrasée, en respectant le cartilage sous-jacent.

On taille, de chaque côté des ailes du nez, aux dépens des joues, un lambeau cutané, circonscrit par deux incisions horizontales, on le dissèque ; après hémostase de la plaie par quelques ligatures, les deux lambeaux sont rapprochés jusqu'à la ligne médiane et suturés entre eux.

Légère hémorrhagie, une heure après l'opération. Le 5e jour, on enleva les sutures ; le 9e jour les lambeaux

étaient soudés par leur face profonde, et l'un à l'autre par leurs bords. Il n'y eut ni inflammation, ni érysipèle. Guérison complète au bout d'un mois.

OBSERVATION VI

(De Guibout. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* 1869).

Ce malade est couché au nº 1 de la salle Saint-Charles, homme bien portant, de 45 ans environ. Son éléphantiasis remontait à plusieurs années ; il avait été traité sans aucun bénéfice pendant plusieurs mois par les alcalins intus et extra. La difformité avait un volume considérable. L'hypertrophie nasale était énorme, bosselée et d'une teinte vineuse prononcée. Aussi le malheureux avait tellement le sentiment de sa laideur qu'il ne voulait plus reparaître dans le monde. Or, après trois mois environ d'un traitement auquel il se soumit courageusement, j'eus le bonheur de le voir quitter l'hôpital presque complètement guéri. Son nez avait progressivement diminué, son volume était devenu presque normal, régulier, et presque sans coloration rougeâtre plus accentuée que celle du reste de la figure. Voici par quels moyens j'ai pu obtenir ces résultats :

Tous les 2 ou 3 jours, je lui faisais sur le nez de 6 à 10 mouchetures profondes avec une lancette à cinq grains d'orge, je laissais saigner 5 à 10 minutes environ. Puis j'appliquais sur le nez un plumeau de charpie fin, imbibé d'une liqueur résolutrice : tantôt c'était de l'eau végéto-minérale, tantôt une solution concentrée d'hydrochlorhydrate d'ammonium. Cet appareil exerçait une compression méthodique au moyen

de bandes qui s'enroulaient autour de sa tête, et le malade avait soin de le maintenir constamment humide en l'arrosant de deux heures en deux heures. J'administrai de temps en temps une purgation saline, des boissons délayantes et diurétiques, pour me mettre en garde contre la possibilité d'un érysipèle.

Ce malade n'eut aucune atteinte, et je le répète, il quitta mon service à peu près guéri.

OBSERVATION VII

Rigaut (Société Anatomique des hôpitaux, 1870).

B., 69 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Guérin, le 9 avril 1870.

Constitution robuste. Tempérament sanguin. Santé toujours bonne, mais depuis longtemps, acné sur le visage et le tronc. Habitudes alcooliques modérées. Son nez était déjà gros, rouge et couvert de boutons d'acné vers l'âge de 20 ans.

L'affection a débuté par de petites tumeurs sur le lobule et les ailes du nez, qui, se développant en nombre et en volume, surtout depuis quatre ans, ont pris l'aspect d'une petite pomme de terre lobulée, surajoutée à l'extrémité inférieure du nez.

Pas de douleur. Seulement un peu de gêne pour respirer, surtout pendant le sommeil.

Etat actuel. — Le malade présente une grosse tumeur irrégulière, lobulée, appendue au lobule du nez, ressemblant à ces pommes de terre dont la tige centrale est recouverte de tubercules en nombre et en volume variables. Cette tumeur

dure et résistante au toucher, descend jusqu'au rebord de la lèvre supérieure.

Sur les ailes du nez, se trouvent de petites tumeurs, du volume d'une noisette, disposées sous forme de lobules, plus nombreuses à gauche qu'à droite, et d'une consistance un peu molle.

La tumeur est mobile ; peau violacée, nombreuses varicosités superficielles.

M. Guérin considère la tumeur comme constituée par l'hypertrophie des glandes sébacées. A 15 jours d'intervalle, il fait deux applications de flèches caustiques dans l'interstice des lobules, et fait ainsi tomber la moitié de la tumeur.

A la suite de la première application, au moment de la chute de l'escharre, il se produisit une hémorrhagie qu'arrêta le perchlorure de fer. Le malade, heureux de cette demi-guérison, quitta l'hôpital le 13 mai.

OBSERVATION VIII

Ollier. Eléphantiasis du nez opéré par la décortication au moyen du bistouri. — Hémorrhagies consécutives. — Guérison. (Résumé de l'observation déjà publiée par M. Poncet dans la *Gazette hebdomadaire*, 6 oct. 1873).

André Ducharme, 55 ans, crocheteur, entré le 10 juin 1869, salle Saint-Sacerdos, n° 97.

Abus de boissons alcooliques, surtout du vin et de la bière. Depuis l'âge de 30 ans, le nez avait commencé à rougir et s'était hypertrophié peu à peu.

Objet d'une curiosité indiscrète, constamment en butte à des quolibets, le malade, dont le nez était devenu provér-

bial dans son quartier, comprenant qu'une telle difformité l'empêcherait bientôt de faire son métier, vint demander à M. Ollier de l'en débarrasser.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constatait l'état suivant : face bourgeonnée ; boutons d'acné volumineux sur le front et les joues ; nez couvert de tubercules éléphantiasiques, rouges, mamelonnés, sillonnés par des veines bleuâtres. Trois tubercules principaux : un médian, deux latéraux, un de chaque côté du nez. La partie latérale droite était la plus volumineuse ; le tubercule médian était pédiculé et jouissait d'une certaine mobilité. Les masses latérales gênaient la vision binoculaire, et, pour mieux voir, le malade préférait se servir d'un seul œil.

Opération le 15 juin. Incision sur la ligne médiane ; décortication de toute la surface du nez, en ménageant les cartilages qu'on respecte sur toute leur étendue, en s'aidant du doigt introduit par les narines. Le poids des trois tubercules est de 40 grammes. Hémorrhagie abondante ; nombreuses ligatures ; pansement avec la charpie râpée imbibée de perchlorure de fer. Jusqu'au soir de l'opération, applications de compresses imbibées d'eau glacée.

19 juin, premier pansement.

21. Dans la nuit, le malade fut réveillé par le sang qui coulait sur son visage ; hémorrhagie abondante, par plusieurs points. Au dire du malade, son nez ressemblait à une pomme d'arrosoir d'ou s'écoulait du sang. On se rendit maître de l'hémorrhagie avec le perchlorure.

23. Nouvelle hémorrhagie moins abondante que la première cédant au même pansement. A partir de ce moment, la plaie

marcha régulièrement, et le 5 juillet le malade fut envoyé à l'asile des convalescents.

A son retour, un mois après, la cicatrisation n'était pas tout à fait complète; il y avait encore une petite plaie sur le dos du nez, qui ne tarda pas à se cicatriser.

Trois mois après l'opération, le nez était parfaitement régulier, un peu plus petit cependant qu'il n'avait dû être avant le début de la maladie. La cicatrice l'avait légèrement resserré et rétracté. Mais le malade s'applaudissait de jour en jour du succès de l'opération; il respirait très-librement, et la cicatrice s'assouplissait peu à peu.

Il mourut accidentellement huit mois après l'opération. Il fut trouvé mort dans la rue par une nuit des plus froides. Il avait repris ses habitudes alcooliques, et c'est après un excès de ce genre qu'il succomba à une congestion cérébrale. La pièce a été conservée dans la collection de M. Ollier. Le nez a la forme normale; son volume est celui d'un nez ordinaire le lobule est seulement un peu plus anguleux. Un tissu de cicatrice moins souple que la peau avoisinante fait seul supposer qu'il a été l'objet d'une opération.

OBSERVATION IX

Ollier. *Lyon médical*, 1876.

M. C..., négociant retiré, 72 ans, a voyagé pour son commerce pendant 20 ans. — Durant cette période, il a fait un usage quotidien et abondant de boissons excitantes. Apparition fréquente de pustules d'acné laissant de petits tubercules indurés sur la peau du nez et du front. Le nez n'avait

commencé à bourgeonner d'une façon inquiétante que depuis huit ans. Il avait été d'abord rouge, parsemé de veines bleuâtres, et s'était développé au niveau du lobule et des ailes d'une manière uniforme. Bientôt des tubérosités se dessinèrent sur le nez et se réunirent en trois groupes, correspondant l'un au lobule, les deux autres aux ailes du nez. — Deux de ces masses se pédiculisèrent.

En 1872, le malade consulta Ollier, mais recula devant l'idée d'une opération ; il suivit un régime sévère et un traitement consistant en sangsues à l'anus et iodure de potassium à l'intérieur. Mais rien n'y fit, et la tumeur grossit toujours. Elle était arrivée au point de constituer une difformité telle que la vie en public était impossible. De plus, elle devenait de plus en plus gênante, et empêchait le malade de respirer ; la nuit il dormait toujours la bouche ouverte et trouvait difficilement une position commode.

Deux ou trois ans s'écoulèrent ainsi. Le malade, allant toujours plus mal, se décida à se faire opérer le 4 mars 1875.

Etat du malade au moment de l'opération :

Tumeur englobant toute la base du nez jusqu'au milieu des os propres où elle se confondait avec la peau de la racine du nez, hypertrophiée comme celle du front et des joues par de nombreux boutons d'acné. Consistance charnue, tissu non dépressible malgré l'état érectile des lobes. Point de battements, sauf sur certains points correspondant à des artérioles dilatées. Sur les ailes du nez, deux tumeurs pédiculées prenant racine sur une peau très épaissie. La tumeur descendait jusqu'à la lèvre inférieure, et avait, par son poids, allongé les cartilages du nez jusqu'au rebord de la lèvre supérieure. Les narines obstruées et aplaties, n'étaient pas retrécies,

mais plutôt dilatées. Pas de douleurs, ni d'ulcérations. Entre les lobules, des sillons plus ou moins profonds, où s'accumulaient la sueur et la matière sébacée.

Opération.— Je fis une incision avec le bistouri sur la ligne médiane ; elle donna beaucoup de sang. Je lui substituai le cautère, un cautère en forme de hache, et grâce à lui l'opération fut continuée et achevée sans nulle intervention d'instruments tranchants.

Pansement avec charpie râpée, imbibée de perchlorure de fer; dans la journée irrigation avec eau fraîche. Pas de complications ; suites très simples ; fièvre très modérée.

La cicatrice fut complète au bout de 2 mois.

Aujourd'hui 12 janvier 1876, le nez est parfaitement régulier comme on le voit sur un dessin joint à l'observation. La cicatrice s'est assouplie ; elle se confond de plus en plus par sa couleur, avec la peau des parties voisines ; celle-ci est beaucoup plus lisse et moins congestionnée qu'autrefois. Les boutons d'acné se sont effacés peu à peu.

OBSERVATION X

Bosc (Thèse de Montpellier 1878).

Le 1er août 1877, entrait à l'hôpital Saint-Eloi, le nommé Grand, âgé de 53 ans, exerçant la profession de mineur. Veuf depuis dix-huit ans et père de cinq belles filles, il est d'une forte constitution, et jouit d'une parfaite santé. Rien de particulier du côté de l'hérédité. Mais il est porteur d'une énorme tumeur du nez, et c'est pour la faire exciser,

quoique sa santé ne fût nullement compromise, qu'il vint à Montpellier.

D'une tempérance assez suspecte, Grand perdit sa femme il y a 18 ans. A cette époque une éruption d'acné boutonneuse apparut sur son visage et surtout sur le nez, s'étendant même jusqu'aux épaules, au dos et à la poitrine. Ces boutons d'abord petits, mous et blanchâtres, devinrent plus gros et rougeâtres. La peau elle-même, dans ses points non bourgeonnés se colora aussi. Les boutons du front et des joues, une fois arrivés au volume d'une baie de sureau, s'indurèrent et restèrent stationnaires. Ceux du nez, au contraire, s'accrurent lentement et donnèrent à cet organe cet aspect particulier que l'on désigne sous le nom de nez en morille, nez en pomme de terre. Grand essaya vainement plusieurs pommades, et se décida à entrer à St-Eloi en juillet 1869. Il en sortit le 2 septembre de la même année, après avoir subi deux séances de cautérisation profonde.

En 1870, il vint se soumettre encore deux fois à l'action du fer rouge. Dans l'intervalle des ignipunctures, on lui faisait des applications de pommade de Rochard. Après ces deux opérations le malade avait un nez, sinon beau, du moins passable et à la rigueur assez agréable à voir.

Mais cette amélioration ne fut que de courte durée. Grand ne se préoccupa plus de son mal ; il le laissa évoluer à son aise, et en 1877, lors de sa dernière entrée à l'hôpital, le nez avait acquis un volume réellement extraordinaire.

La tumeur avait le volume du poing d'un adulte. — Fixée par une large base au-dessous du tiers moyen des os propres, elle descendait jusqu'au niveau de la lèvre inférieure.

Deux sillons peu profonds, l'un vertical, l'autre horizon-

tal et passant par le milieu de l'aile gauche du nez, divisaient la tumeur en trois lobes, dont un droit et deux gauches. Enfin un quatrième lobe était suspendu par un pédicule assez mince à l'aile droite du nez.

D'une couleur rose pâle, parcourue de veines bleuâtres, molle et insensible, la tumeur était parsemée de points noirs orifices des conduits de glandes sébacées.

Opération le 20 août 1877 par le professeur Grynfellt. Pas de chloroforme, le concours volontaire du malade étant nécessaire. L'hémostase est assurée par la compression des faciales. Incision sur le dos du nez d'un bout à l'autre de la tumeur, et comprenant toute son épaisseur. La lèvre droite de l'incision est saisie par une pince et confiée à un aide, qui attire à lui la partie droite de la tumeur. Un doigt introduit dans la narine, l'opérateur sépare du cartilage par de petits coups de bistouri tout le lobe droit. Il fait de même pour les lobes gauches et sectionne le mince pédicule du quatrième. Hémorrhagie violente pendant l'opération.

Poids de la tumeur : 230 gr.

Dans la suite, la plaie ayant des tendances à l'hémorrhagie fut badigeonnée avec divers hémostatiques

En octobre, elle était en grande partie cicatrisée. Le nez avait recouvré sa forme primitive, bien qu'un peu en bec de corbin. Grand mourut malheureusement deux mois après d'hydropisie générale.

OBSERVATION XI

(Kirmisson. B. Société de chirurgie, 31 octobre 1888).

X..., sans antécédents personnels notables. S'adonne à l'alcool malgré ses dénégations. Il y a 10 ans, il présenta une rougeur intense sur le nez, le front et la face interne des joues, laquelle disparut en partie au bout de cinq à six mois. Elle persista cependant sur la moitié inférieure du nez surtout du côté gauche. Il y a 18 mois sur cette même partie, le malade voir survenirune poussée de petits boutons acnéïques, d'aspect véruqueux, irréguliers, saignant facilement par le grattage et donnant lieu à une vive démangeaison.

L'un de ces boutons a augmenté peu à peu de volume et est arrivé à former une tumeur de la grosseur d'une fraise, implantée sur les 2/3 antérieurs de l'aile gauche du nez. Elle est légèrement pédiculée, et recourbée en dedans en corne de bélier. Coloration rougeâtre, consistance molle, saignant facilement. Immédiatement au-dessus du point d'implantation de cette tumeur et séparée d'elle par un sillon très net, se trouve une autre petite production véruqueuse, à surface irrégulière, rosée, du volume de la moitié d'une noisette.

Enfin sur le 1/3 postérieur de l'aile gauche du nez, séparée aussi par un sillon un peu plus net, se trouve une troisième tumeur de volume moindre que la seconde.

L'aile droite du nez légèrement tuméfiée, rouge, présente deux éminences du volume d'une lentille.

Le 13 août 1888, Kirmisson pratique la décortication de l'aile du nez par le procédé d'Ollier. On fit une première

incision au bistouri, mais un écoulement sanguin considérable empêcha la dissection et obligea de recourir au thermocautère. Mise à nu du cartilage du nez. La plaie fut recouverte de pommade boriquée et un tampon servit à maintenir la narine dilatée.

Le 20 septembre, le malade quitte l'hôpital ; la cicatrisation est presque complète, et le nez assez régulièrement conformé.

OBSERVATION XII

Salvage. Thèse de Paris 1895. Résumé.

M. C..., placier, âgé de 60 ans, entré vers le mois de janvier 1895 dans le service de M. le professeur Berger, pour solliciter la guérison d'une hypertrophie énorme de la peau du nez. Il vient surtout à cause du ridicule causé par sa difformité, des incessantes moqueries dont il est l'objet et des difficultés qu'il rencontre dans l'accomplissement de son métier.

Habitudes alcooliques invétérées depuis l'âge de 18 ans. Il absorde la bière, les eaux-de-vie, l'absinthe et le vermouth en quantité considérable. Poussées d'acné au visage de 16 à 18 ans, disparues depuis.

A 40 ans, le nez d'abord rouge, surtout après les libations, s'épaissit peu à peu de façon uniforme surtout à la base.

Au moment de l'opération, la tumeur avait le volume d'un poing d'enfant de 10 ans ; elle était constituée par l'hypertrophie uniforme de la peau du lobule et des ailes du nez, avec des saillies de la grosseur d'une noisette, séparées par

des sillons. Couleur violacée. Orifices dilatés des glandes sébacées; pas de sécrétion exagérée.

Opération. — Ablation au bistouri de la peau hypertrophiée, écoulement sanguin abondant. Cicatrisation en trois semaines. Puis nouvelle ablation pour diminuer le volume du nez encore trop gros avec hémorrhagie considérable, arrêtée par la compression. Le malade sort avec un nez régulier quinze jours après. Malgré le soin pris par l'opérateur de bien niveler la surface externe du nez, des saillies légères apparurent qui furent traitées par le Dr Besnier au moyen de légères cautérisations en surface par le thermo-cautère. De légères escharres se détachent cinq jours après, laissant cette fois un aspect parfaitement régulier.

Le malade qui n'avait éprouvé auparavant aucune gêne fonctionnelle de sa tumeur, n'eut donc à se louer que du résultat plastique obtenu.

OBSERVATION XIII

Pozzi (*Bull. Société chirurgic.* — 1er décembre 1897).
Acné hypertrophique ayant envahi les deux tiers inférieurs du nez. Décortication. Autoplastie primitive. Guérison avec restauration immédiate et complète du nez.

Il s'agit d'un homme de 70 ans, qui présentait une sorte de trompe nasale descendant sur la bouche, et qu'il devait écarter pour manger. La tumeur, du volume d'une poire, provenait de la dégénérescence de la peau des deux tiers inférieurs du nez. En soulevant la tumeur, on pouvait cependant reconnaître qu'une très mince bande de peau encadrant les narines, était saine.

L'opération a compris deux actes :

1° la décortication de toute la partie malade, après avoir soigneusement cerné ses limites par une incision profonde. Cette ablation ne peut se faire sans intéresser les cartilages des narines très adhérents au derme dégénéré. Après cette ablation, il reste une plaie profonde et large, communiquant avec les fosses nasales. Le cadre inférieur des narines a pu être conservé sous la forme d'une mince languette, incomplète à gauche. Le cartilage médian de la cloison fait une sorte de saillie et doit être réséqué pour permettre de passer au second temps opératoire : la restauration. L'hémorrhagie est assez abondante, et de nombreuses ligatures de catgut sont appliquées.

2° L'autoplastie immédiate est ainsi faite : faire descendre la partie supérieure du nez sur la brèche formée par l'extirpation de la partie inférieure ; faire descendre la partie inférieure de la peau du front sur la plaie résultant de la dénudation du tiers supérieur du nez. Souder inférieurement le premier lambeau abaissé au cadre des narines conservé. Enfin s'opposer au tiraillement, soit en laissant béantes une partie des incisions latérales, soit en faisant des incisions nouvelles libératrices.

Pansement à la gaze iodoformée enveloppant toute la face. Le cinquième jour, les fils d'argent sont retirés. Les petites plaies résultant des incisions libératrices, se comblent rapidement. Au bout de quinze jours, tout était cicatrisé.

Le malade nous est présenté vingt-deux jours après l'opération. Le nouveau nez obtenu est fortement busqué, mais n'est pas disgrâcieux. Les lambeaux ont admirablement con-

servé leur vitalité. A droite, il y a un peu de saillie du lambeau. Il serait utile d'y faire quelques scarifications. Mais le malade a hâte de rentrer dans son pays et se contente parfaitement du résultat acquis.

OBSERVATION XIV

Ripault. (*Annales maladies oreilles et larynx*, 1899).
Un cas d'éléphantiasis du nez, compliqué d'épithélioma, traité par la décortication.

Le nommé M... de Tixier, nous est adressé par notre ami le Docteur Perrin pour un épithélioma du nez.

Cet individu, âgé de 45 ans, vigoureux, est vigneron, et sait faire honneur à sa récolte. Aussi depuis une dizaine d'années, porte-t-il sur le nez et les joues des rougeurs caractéristiques, et sur les ailes du nez des boutons dont il ne songe guère à se préoccuper.

Il y a deux ou trois ans, le bourgeonnement fit d'assez grands progrès pour qu'il suivît plusieurs traitements. Malgré tout, l'affection progresse, et il finit par posséder un appendice nasal à peu près légendaire dans la contrée.

Lorsqu'il vint nous trouver, cet organe était énorme, doublé de volume, piriforme, remarquable par son extrême irrégularité et l'épaississement des ailes. La peau, fort infiltrée, offre une coloration rougeâtre, violacée par places : de gros tubercules cutanés, séparés par des sillons plus ou moins profonds, lui donnaient un aspect pachydermique.

Un bourrelet net, voisin de la dépression fronto-nasale, sépare les parties saines des parties infiltrées, puis descend le long du sillon naso-génien jusqu'à la partie inférieure de de l'aile du nez ; la sous-cloison est à peu près indemne, il existe sur la plus grande étendue de l'orifice nasal une bande de tissu sain ; l'intérieur des narines est intact.

En trois points, mais principalement sur le dos du nez et le lobule, on remarque une large et profonde ulcération, irrégulière, à bords déchiquetés et décollés, saignant facilement, recouverte de croûtes sous lesquelles existent un suintement séro-sanguinolent.

A gauche de la médiane, le stylet pénètre par une perforation assez étroite dans la fosse nasale. Pas d'adénopathie.

Les ulcérations datent de 7 à 8 mois, et marquent nettement la dégénérescence. Il s'agit bien là d'un cas d'acné hypertrophique, ayant abouti à un éléphantiasis considérable des téguments du nez, compliqué d'épithélioma secondaire, probablement par des grattages intempestifs.

Opération sous chloroforme avec l'aide du Dr Perrin.

Décortication lente avec un couteau étroit de thermocautère, le rouge sombre ne fut pas dépassé, et l'hémorrhagie à peu près nulle. Un long sillon vertical suivit d'abord tout le dos du nez jusqu'à la sous-cloison ; puis, nous tenant en dehors des limites de la lésion cutanée, séparation à petits coups des deux grands lambeaux droit et gauche des tissus sains en profondeur et sur les bords. Grattage à la curette de la large ulcération centrale, de façon à bien extirper la bouillie putrilagineuse qui la remplissait. Puis, le thermocautère fut enfoncé à travers la perforation jusque

dans la fosse nasale. Cautérisation du bord supérieur de la cloison, trouvé envahi au cours de l'intervention.

Enfin, application à plat du couteau sur toute la surface de section, afin de ne pas laisser dans la profondeur des foyers de récidives.

Large pansement humide maintenu par un capuchon nasal.

Cicatrisation au bout de six semaines environ ; le nez a repris un volume sensiblement normal ; les téguments sont souples, unis, et ne contiennent aucune nodosité pouvant faire craindre une récidive ; il existe seulement sur le dos du nez, répondant à la grande ulcération, une légère dépression cicatricielle, et une petite perforation, sans inconvénient, communiquant avec la fosse nasale gauche.

Le résultat est satisfaisant et se maintient tel depuis plusieurs mois déjà.

OBSERVATION XVI

Inédite. Due à l'obligeance de M. le Dr Perrin.

H..., âgé de 55 ans, arthritique, atteint depuis quinze ans environ d'acné hypertrophique du nez assez accentuée. L'hypertrophie occupe le bout du nez et les ailes. Toute cette partie de l'organe est d'un rouge vif, arrondie, volumineuse. Elle défigure le malade, qui est de plus sujet à des poussées de pustules acnéïques fréquentes. Sur le front, les joues, varicosités nombreuses, tissus épaissis, infiltrés et fréquence de pustules d'acné indurata et de folliculites.

Traitement par l'ignipuncture sur toutes les lésions acnéïques ; puis électro-cautérisations avec la grille à 6 pointes,

sur toute la surface du nez, répétées toutes les deux ou trois semaines. Guérison par ce moyen. Cicatrice lisse et blanchâtre sans chéloïdes.

OBSERVATION XVII

(Du même).

P..., 35 ans, atteinte depuis plusieurs années d'acné hypertrophique du nez avec séborrhée et dilatations vasculaires, a appliqué vainement diverses pommades (soufrées, résorcinées, salycilées), des compresses d'eau très chaudes, de l'alcool camphré.

Nous la traitons d'abord par les scarifications linéaires (une vingtaine de séances). Disparition des dilatations vasculaires, mais peu de résultats sur la séborrhée et l'hypertrophie des ailes et du bout du nez.

Ignipunctures. Etat satisfaisant. Après un repos de trois mois, la malade revient : la séborrhée persiste.

Nous proposons l'électrolyse qui n'est pas acceptée. La malade veut bien se soumettre à une nouvelle série de scarifications linéaires.

Résultat. — Le nez a repris sa coloration normale et à peu près sa forme ; il n'y a pas de surface cicatricielle, mais la séborrhée persiste.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

B..., âgé de 65 ans, profession d'ouvrier bouchonnier.

Marié et père de deux enfants très bien portants, il est lui-

même d'une robuste constitution et jouit d'une parfaite santé. Du côté des antécédents héréditaires, rien à signaler.

Depuis l'âge de 14 ans, époque où il a commencé à exercer sa profession, il nous dit avoir fait un abus immodéré de boissons alcooliques, principalement de vin rouge. Il n'a commencé en effet à faire une grande consommation d'absinthe qu'à un âge beaucoup plus avancé.

La tumeur pour laquelle il se présente à l'examen de mon père englobe tout le nez et a débuté à l'âge de 43 ans. Ce fut d'abord une éruption d'acné boutonneuse qui envahit progressivement le front, le nez et les joues. Les boutons d'abord petits et jaunâtres devinrent rougeâtres dans la suite et acquirent la grosseur d'un petit pois. Les intervalles de peau saine se colorèrent en rouge vineux, et bien que l'aspect de son visage ne fût pas très agréable à voir, notre homme n'y prêta aucune attention. Il se bornait à gratter quelquefois ces boutons, dont il faisait sourdre à la pression, une matière blanchâtre, sortant à la façon d'un ver.

Mais tandisque l'éruption du front et des joues restait stationnaire; au nez au contraire, elle devenait plus confluente. Les boutons des ailes et du lobule augmentèrent progressivement et donnèrent au nez un volume déjà remarquable. Aussi B.., voyant que le mal continuait à prendre des proportions inquiétantes, et ennuyé de devenir un objet de curiosité et de risée, alla voir un médecin qui lui prescrivit une pommade résolutive. Cette médication n'amena aucun résultat et comme son affection ne le faisait nullement souffrir, il la laissa évoluer à son aise, sans plus se préoccuper d'entraver sa marche. De sorte que, le temps aidant, B... se trouva

porteur d'une énorme tumeur nasale, donnant à son visage un aspect ridicule, et dont voici la description :

La tumeur, du volume du poing, est divisée en trois lobes: un médian, deux latéraux. Le lobe médian s'implante par une large base sur tout le pourtour des os propres du nez, et descend jusqu'à un centimètre au-dessous de la lèvre inférieure. D'aspect rougeâtre, verruqueux, sillonné de petites veines bleuâtres et parsemé de petits pertuis, ce lobe légèrement dévié à droite obstrue complètement les narines et la bouche. De sorte que pour se moucher, manger et boire, B... est obligé de relever complètement cet appendice gênant. De plus, la respiration est gênée considérablement surtout pendant la nuit où il est obligé de respirer la bouche ouverte, ce qui l'expose aux affections de l'appareil respiratoire. Ce lobe est séparé des deux lobes latéraux par deux sillons profonds et sinueux, où s'accumulent les sécrétions des glandes sébacées. Quant aux deux lobes latéraux, de volume moindre (l'un, le gauche a la grosseur d'une noix, le droit celle d'une amande) ils occupent par leur base les faces externes des deux narines qu'ils cachent complètement. Le lobe gauche présente un sillon à direction verticale qui le subdivise en 2 lobules. La tumeur est de consistance molle et flasque ; elle est indolente et insensible et l'on peut la comprimer dans la main sans occasionner de douleur.

Comme la gêne se faisait de plus en plus sentir, B..., se décida à venir se confier sur nos conseils, à M. le docteur Pantaloni. Le diagnostic d'acné hypertrophique ayant été confirmé par M. le docteur Perrin, chargé du cours des maladies de la peau à l'école de médecine de Marseille,

le docteur Pantaloni pratiqua la décortication du nez le 10 décembre 1899, à sa clinique.

Anesthésie au chloroforme ; presque pas de période d'excitation au début du sommeil, ce qui est surprenant chez un vieil alcoolique.

Les tumeurs sont successivement enlevées aux ciseaux. Le cartilage nasal est dénudé sur toute sa surface. L'hémostase est faite au moyen d'une forte compression pratiquée sur les surfaces de section à l'aide de tampons de gaze stérilisée. Il n'y eut d'ailleurs presque pas d'hémorrhagie. Seule à la fin une artériole donna un peu. Mais une pointe de thermo cautère en eut vite raison. L'excision des lobes mit à découvert une cavité pleine de matière sébacée, ainsi que d'autres plus petites pleines de la dite matière.

Pansement occlusif. Les suites de l'opération furent excellentes, et il n'y eut pas d'hémorrhagie secondaire. Trois jours après le malade se levait ; le 14 décembre son pansement fut renouvelé, la plaie était fort belle, et le lendemain il regagnait son domicile. Nous le voyons tous les jours et le pansons avec de la vaseline boriquée et de la gaze stérilisée.

Le 18 décembre. — La ligne de cicatrisation apparaît d'une façon très nette. Les pansements sont continués, les bourgeons charnus trop exubérants sont touchés au nitrate d'argent, et un mois après l'opération, la cicatrisation est complète.

B..., est méconnaissable à lui-même : le nez a recouvré sa forme normale, quoiqu'un peu en bec de corbin. La cicatrice se confond avec la peau des parties environnantes, il n'y a pas de ligne de démarcation. (Voir les figures I et II).

OBSERVATION XIX

(Due à l'obligeance de M. le Dr Léon Perrin), (Marseille).

H..., âgé de 45 ans, voyageur de commerce, atteint depuis l'âge de 18 ans d'acné polymorphe du dos et de la face. Bonne santé habituelle malgré quelques excès de boisson.

15 janvier 1900. — Le malade vient nous consulter pour les lésoins qu'il présente au niveau du nez. Nous constatons à ce moment un état gras du cuir chevelu avec une chevelure bien fournie ; sur les épaules nombreuses cicatrices, les unes déprimées, blanchâtres ou pigmentées, les autres saillantes, chéloïdiennes ; il existe de plus de l'acné comédonienne, de l'acné pustuleuse et indurée.

A la face les téguments sont rouges, épaissis, hypertrophiés, principalement au niveau des joues et au nez ; ils présentent des lésions papulo-pustuleuses, papulo-tuberculeuses et indurées ; les orifices des glandes sébacées sont dilatés, la peau est grasse, huileuse et le siège de nombreuses cicatrices arrondies, déprimées.

Le nez est gros, couvert de boutons d'acné depuis l'âge de 20 ans. Il a peu à peu augmenté de volume ; de petites tumeurs se sont développées surtout depuis quatre et cinq ans et ont fini par donner au lobule un aspect difforme. On constate, en effet, au niveau de l'extrémité inférieure du nez, une hypertrophie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané et une surface irrégulière mamelonnée, sillonnée par des varicosités superficielles et des capillaires veineux bleuâtres.

La surface mamelonnée du lobule et des ailes est consti-

tuée par des tubérosités plus ou moins saillantes, arrondies, sessiles, ayant des dimensions variant d'un pois à une noisette ; leur consistance est assez ferme, leur coloration est rouge-violacée. La palpation n'est pas douloureuse.

Ces tubérosités augmentant sans cesse de volume malgré de nombreux traitements, le malade vient nous consulter pour cet acné hypertrophique accentuée. Les scarifications ne donnant pas dans cette variété de résultats, nous lui conseillons soit de lui larder le nez à plusieurs reprises de pointes de feu profondes, intéressant toute l'épaisseur des téguments hypertrophiés et pratiquées avec la pointe fine de l'électro-cautère ou du thermo-cautère, soit de se laisser pratiquer la décortication. Le malade n'habitant pas Marseille et ne pouvant se soumettre au traitement par l'iguipuncture nous insistons sur l'intervention chirurgicale. Il ne s'y décide qu'avec peine et après être allé voir un des malades opéré il y a quelques mois par M. le Dr Pantaloni.

Le 20 mars 1900, après chloroformisation, la décortication du nez est faite par M. Pantaloni à sa clinique chirurgicale.

Après nettoyage du nez avec le savon et la liqueur de Van Svieten, après frictions avec l'alcool et l'éther, l'ablation des tumeurs est pratiquée avec les ciseaux. L'incision est commencée à l'extrémité inférieure du lobule, à un ou deux centimètres au-dessus des orifices narinaires ; la dissection par de petits coups de ciseaux pour ménager les cartilages est menée très rapidement, pendant que nous arrêtons l'hémorrhagie assez abondante, en faisant de la compression à l'aide de petites compresses de gaze stérilisée. Toute la tumeur est ainsi enlevée en quelques minutes et deux ou trois coups de ciseaux régularisent la portion des téguments

de la partie moyenne du nez avec l'extrémité inférieure qui vient d'être décortiquée.

Quant aux nombreuses saillies papulo-tuberculeuses et indurées siégeant sur les joues, le menton, le front, elles sont lardées avec la pointe fine du thermocautère.

Après nettoyage, comme pansement on applique seulement des compresses de gaze trempées mais bien exprimées dans une solution de sublimé au millième ; compression par une bande roulée autour de la tête, en ayant soin de pratiquer dans le pansement des ouvertures au niveau des yeux.

Pas d'hémorrhagie pendant les premières journées ; le troisième jour le pansement est défait, mais on laisse encore deux jours au niveau de la plaie les compresses de gaze qui desséchées par le sang forment une carapace rigide. Les compresses ne sont enlevées que le sixième jour après l'opération. Il n'y a pas d'hémorrhagie et le pansement a consisté à changer tous les deux jours les compresses sèches de gaze stérilisée. Bourgeonnement régulier de toute la surface ; cicatrisation complète au bout de cinq semaines. Le résultat est très bon, c'est à peine si l'on constate à l'extrémité inférieure de la face dorsale du lobule et des ailes une petite ligne saillante de deux ou trois millimètres, au point ou a commencé l'incision des parties hypertrophiées.

OBSERVATION XX

Recueillie par M. le Dr Léon Perrin (Marseille).

H..., 52 ans, homme de lettres, de constitution robuste, de tempérament sanguin, obèse, n'ayant jamais fait de maladie

grave ; il a eu, en effet, seulement, il y a huit ans des foyers de suppuration à la marge de l'anus, au périnée et à la région scrotale avec trajets fistuleux, décollements, etc. Opéré par M. Pantaloni ; guérison rapide, une fois les abcès et les fistules incisés.

Le malade est un séborrhéique de vieille date présentant de la séborrhée grasse du cuir chevelu qui n'a pourtant pas amené de calvitie, de la séborrhée huileuse de la face avec télangiectasies et varicosités, mais sans lésions acnéïques.

Les tumeurs du nez se sont développées depuis une dizaine d'années et ont augmenté peu à peu de volume sous l'influence d'habitudes alcooliques, de veillées prolongées.

En avril 1900, le nez au niveau du lobule et des ailes est le siège de tumeurs qui lui donnent l'aspect d'une pomme de terre lobulée. Ces tumeurs inégales forment des lobules médians et latéraux : à la partie médiane il existe une surface rouge, violacée, constituée par des saillies arrondies ayant le volume d'une noisette. De ces saillies, les unes siègent sur la partie supérieure du lobule, les autres recouvrent en partie les orifices narinaires. Les ailes du nez sont recouvertes de tubercules plus ou moins volumineux, arrondis, se continuant avec les masses médianes, dont elles sont dépassées en certains points par des sillons plus ou moins profonds.

Toutes ces tumeurs sont sessiles ; leur réunion constitue une masse donnant à la physionomie du malade un aspect grotesque. Le nez présente en effet à son extrémité inférieure une largeur de neuf centimètres ; de plus la peau est violacée, luisante, hypertrophiée, sillonnée par des veines bleuâtres ; les orifices sébacés sont dilatés et remplis de

matière grasse que l'on fait sourdre en grande quantité par la pression. Cette matière grasse est accumulée dans les sillons naso-géniens que l'on ne découvre qu'en enlevant les tuberculosités des ailes du nez.

Après avoir longtemps hésité, le malade se laisse opérer le 18 avril 1900, par M. le Docteur Pantaloni. La décortication, après chloroformisation et asepsie du champ opératoire, est faite à l'aide des ciseaux seulement, en partant de l'extrémité du lobule et en enlevant rapidement toute la masse hypertrophiée jusqu'au niveau des cartilages.

L'hémorrhagie est abondante, mais l'opération étant pratiquée très rapidement en même temps que nous faisons de la compression à l'aide de compresses stérilisées, il ne se produit aucun accident.

Le pansement, comme pour le cas précédent, consiste en applications de nombreuses compresses trempées mais bien exprimées dans une solution de sublimé. Elles sont rapidement imprégnées de sang, mais en se desséchant forment une carapace rigide qui n'est enlevée qu'au bout de 4 jours. Pas d'hémorrhagies dans les premières journées qui ont suivi l'opération, ni au moment du premier pansement. Celui-ci ainsi que les suivants sont faits avec des compresses de gaze stérilisée sèches. Cicatrisation régulière et obtenue au bout de six semaines. Résultat vraiment remarquable. (Voir les figures III et IV).

CONCLUSIONS

1° L'acné hypertrophique du nez donne naissance, soit à des tumeurs isolées, nettement pédiculées, soit à une hypertrophie diffuse qui se traduit alors par un développement uniforme de la peau du nez.

2° Au point de vue anatomique, elle consiste en une hypertrophie et hyperplasie sébacée, avec transformation fibreuse du tissu conjonctif du derme. La sclérose est surtout marquée autour de chaque glande sébacée.

3° Cette affection atteint de préférence les gens qui ont été sujets à des poussées d'acné indurée ou de couperose. Certains cas relèvent d'habitudes alcooliques antérieures, principalement de l'abus du vin rouge.

4° La marche est très lente, mais par contre elle est indéfiniment progressive. On peut considérer cette affection comme étant de nature bénigne, car malgré le développement extraordinaire qu'elle peut atteindre, elle coexiste toujours avec une santé parfaite.

5° Se traitement médical est impuissant ; seule l'intervention chirurgicale a raison de cette hypertrophie. Au début divers moyens sont employés pour enrayer la marche du processus ; nous préconiserons l'électrolyse. Lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs pédiculées, on

n'a que l'embarras du choix dans les moyens de dérèse. Mais lorsqu'il s'agit d'hypertrophie diffuse, englobant tout le squelette ostéo-cartilagineux du nez, l'opération doit, sous peine de récidive, consister dans l'ablation complète des téguments hypertrophiés.

6° Dans ce cas, le procédé de choix est la décortication du nez au bistouri et de préférence aux ciseaux, suivie de la cautérisation légère de la surface cruentée. De cette façon, on obtient une restauration morphologique du nez, plus artistique et plus durable, et on ne s'expose pas aux hémorrhagies et aux érysipèles consécutifs.

7° Si l'on veut recourir à la rhinoplastie après la décortication, c'est à la méthode italo-allemande que l'on aura recours. Mais le plus souvent ces opérations complémentaires sont inutiles, la cicatrisation obtenue après la décortication simple par bourgeonnement de la plaie, se présentant, au bout d'un certain temps, avec l'aspect de la peau normale.

Vu : le Président de la thèse,
CORNIL

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Arnozan. — Rapports des affections cutanées du nez avec les affections des fosses nasales. (Assoc. française. Congrès de Toulouse 1887).

— Leçons cliniques sur l'éléphantiasis. (Journal de médecine de Bordeaux 1888-1889).

Auger (Th.). — Acné hypertrophique du nez. (Bulletin société chirurgie. 1888).

Berdal et Jayle. — Acné hypertrophique. (Presse médicale, juin 1895).

Berger. — Bulletin société chirurgie. Décembre 1897.

Bogdan. — Hypertrophie monstre du nez. (Journal malad. cut. et syph. Paris 1897).

Bosc (A.). — Essai sur les tumeurs dites éléphantiasiques du nez (Thèse Montpellier, 1878).

Bouisson. — Rhinoplastie pour un éléphantiasis du nez. (Tributs à la chirurgie fr. tome I).

Brian. — Eléphantiasis cartilagineux du nez. (Gaz. hebd méd. chir. Paris 1897).

Brocq. — Traité des maladies de la peau.

Chaillous. — Acné hypertrophique. (Annales, de dermat et syphiligraphie. tome VIII. 1897).

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique.

Civadier. — Description de plusieurs tumeurs carcinomateuses situées sur le nez et les environs, extirpées avec succès (Mém. de l'acad. de chirurgie. tome V.).

Chatelain (**E**.). — Précis iconographique des maladies de la peau. Paris 1893.

Cartaz. — Eléphantiasis du nez. (Gaz. hebd. mod. et chir. 1899).

Cooper (**S**.). — Traité de pathologie chirurgicale.

Delie. — Cas d'acné rosacée hypertrophique. (Revue de Laryng. 1892).

Doubre (**P**.). — Eléphantiasis du nez. Cure radicale par la décortication (Arch. de méd. et Pharm. Milit. Paris 1888).

Guérin (**A**.). — Discussion sur l'éléphantiasis du nez (Bull. Acad. Méd. Paris 1876).

Guibout. — De l'éléphantiasis du nez et de son traitement. (Ann. dermat. et syph. 1868-69).

Hebra. — Acné Eléphantiasique. (in Hayem, 1883, tome I).

Hutin. — Observation d'hypertrophie considérable du nez. (Bull. acad. méd. Paris 1849-50).

Kirmisson. — Tumeurs lobulées du nez. Eléphantiasis (Bull. Soc. Chirurgie 1888).

Le Dentu. — Quatre cas de fibrome tubéreux du nez, dont trois traités par la décortication (Bull. Société Chirurg. octobre 1888),

Leloir et Vidal. — Maladies de la peau.

Lucas-Championnière. — Traitement de l'hypertrophie nasale. (Bull. Acad. Méd. avril 1895).

Nedeltcheff. — De l'Eléphantiasis chondromateux du nez. (Thèse Lyon. 1896-1897).

Ollier. — De l'Eléphantiasis du nez et de son traitement. (Bull. Acad. Méd. 1876).

Poncet. — Décortication du nez dans les cas d'éléphantiasis de cet organe (Gaz. hebd. de méd. et chirurgie Paris 1873).

Pozzi. — Acné hypertrophique ayant envahi les deux tiers du nez. Décortication, guérison. (Bull. Société Chirurgie. 1897).

Rigaut. — Tumeur irrégulière lobulée du nez. (Bull. Société Anatomie 1870).

Ripault. — Un cas d'éléphantiasis du nez compliqué d'épithélioma, traité par la décortication. (Annales Mal. Oreill. Larynx. Paris 1899).

Routier. — Acné hypertrophique du nez. (Bull. Société Chirurgie. 28 février 1900)

Salvage. — L'Acné hypertrophique et son traitement chirurgical. (Thèse Paris 1895).

Sergent. — Contribution à l'étude de certaines tumeurs nasales. (Thèse Paris 1881).

Tillaux. — Acné hypertrophique du nez. (Gaz. des hôpitaux 1899).

Weil. — Opérations pour combattre les difformités du nez. (New-York med. Journal. février 1880).

Fig. 1.



A. Karmanski, del.

V. Roussel, lith.

Imp. L. Lafontaine, Paris.

EXPLICATION DES FIGURES

PLANCHE I

Figure 1. — Acné hypertrophique 12/1. Coloration au picro-carmin. La coupe perpendiculaire à la surface de la peau montre un nombre considérable de glandes sébacées très hypertrophiées et en multiplication évidente. Quelques-unes s'ouvrent directement à la surface du dessin, d'autres se dirigent vers des replis de la peau, au fond desquels elles débouchent, en formant (comme on le voit bien à droite et en haut) de véritables rosaces concentriques à un canal béant, contenant de la graisse (colorée en jaune verdâtre). Le derme très épaissi, fibreux, ne possède qu'un petit nombre de papilles, peu saillantes au-dessous de l'épiderme.

PLANCHE II

Figure 2. — Glandes sébacées. Grossissement 35/1. Coloration au bleu polychrome de Unna. La disposition des glandes en rosace autour d'un conduit commun (dans lequel n'existe pas ici de poil) est évidente sur cette coupe transversale par rapport à l'axe du conduit élargi. On reconnaît les multiples lobulations des glandes sébacées, la clarté des épithéliums sébacés, les bavures de graisse (plus pâles) au voisinage de l'embouchure des lobules sébacés. Il s'agit ici d'un véritable adénome sébacé.

Figure 3. — Lésions infectieuses aiguës du derme. Gross. 65/1 color. au bleu polychrome de Unna.

Au haut de la préparation, on reconnaît là couche épaisse du stratum granulosum, dont les cellules polyédriques, aplaties parallèlement à la surface du derme sont chargées de graines d'éléidine (en bleu foncé).

Au-dessous des replis papillaires, le derme (en rose pâle) contient de nombreuses cellules colororées en rouge vif, et d'innombrables éléments lymphatiques colorés en violet foncé.

Le foyer infectieux qui en résulte montre en bas et à gauche une belle cellule géante (non bacillaire). Au bas de la préparation, fragments d'acini et de lobules sébacés.

Les mailles du derme sont chargées d'éléments inflammatoires qui dessinent des traînées bleuâtres.

Pl. II.

Fig. 2.

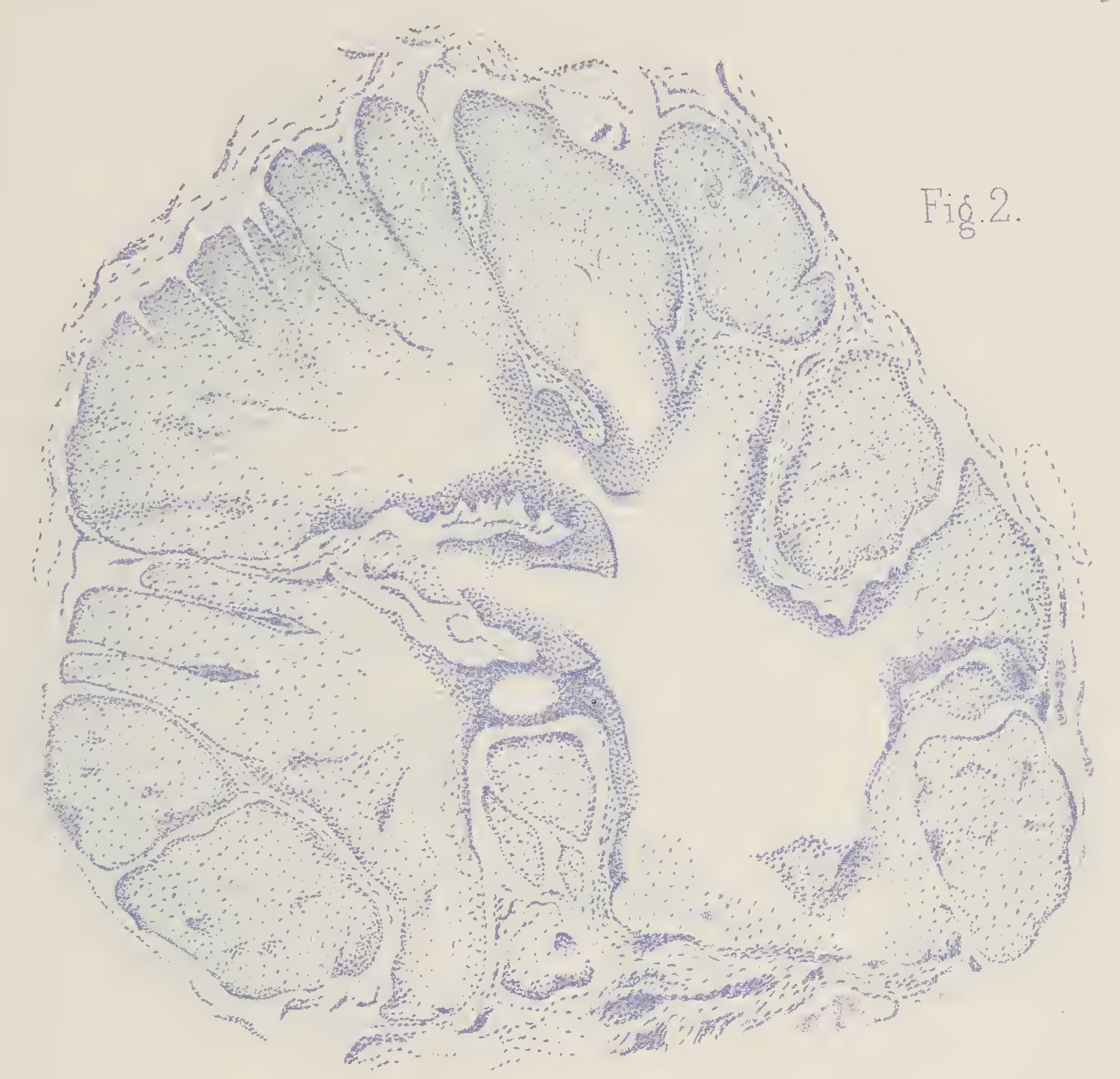
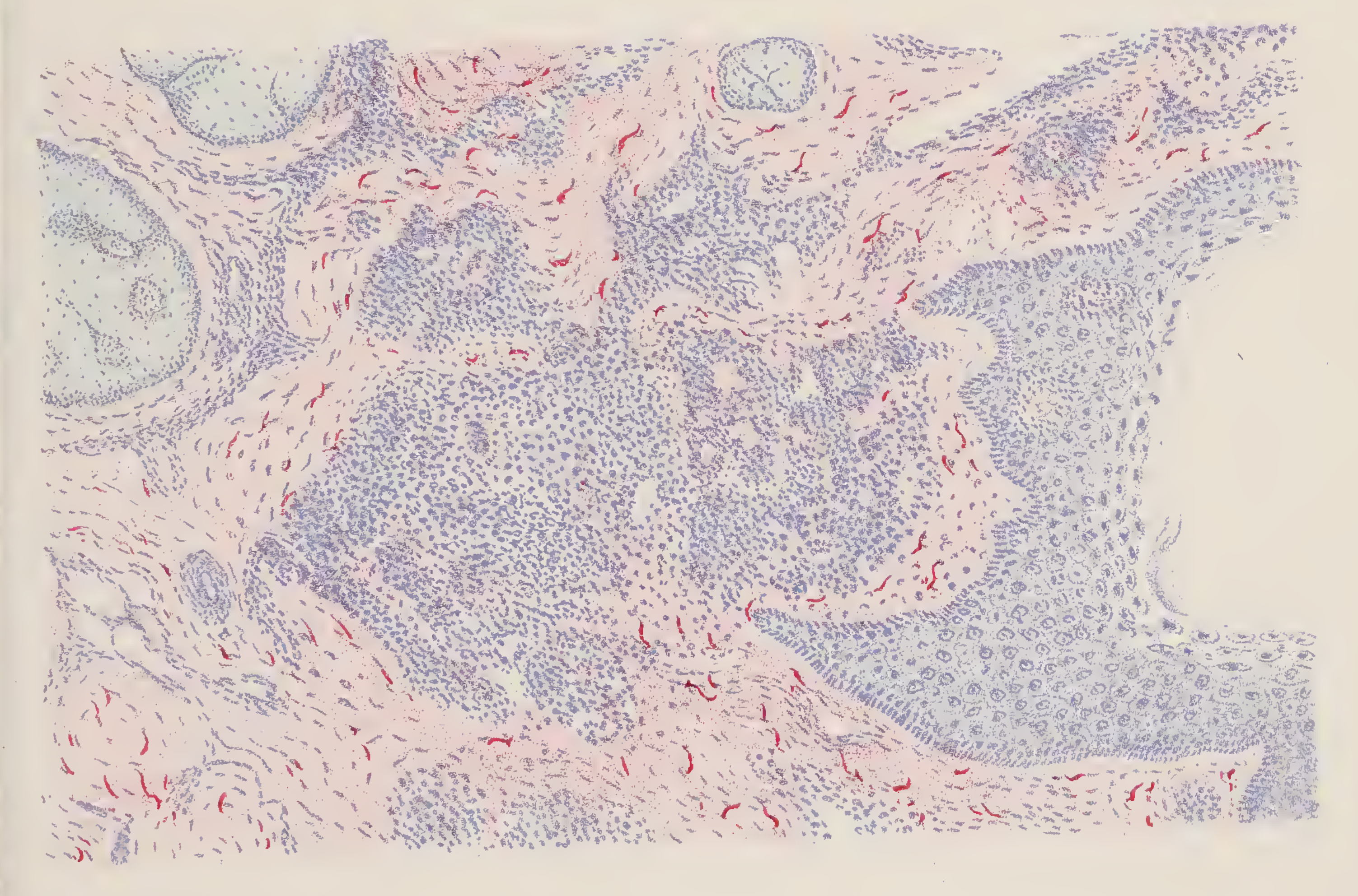


Fig. 3



[illegible] del.

J. Roussel, lith.

Imp. L. Lafontaine, Paris.

Fig. 4

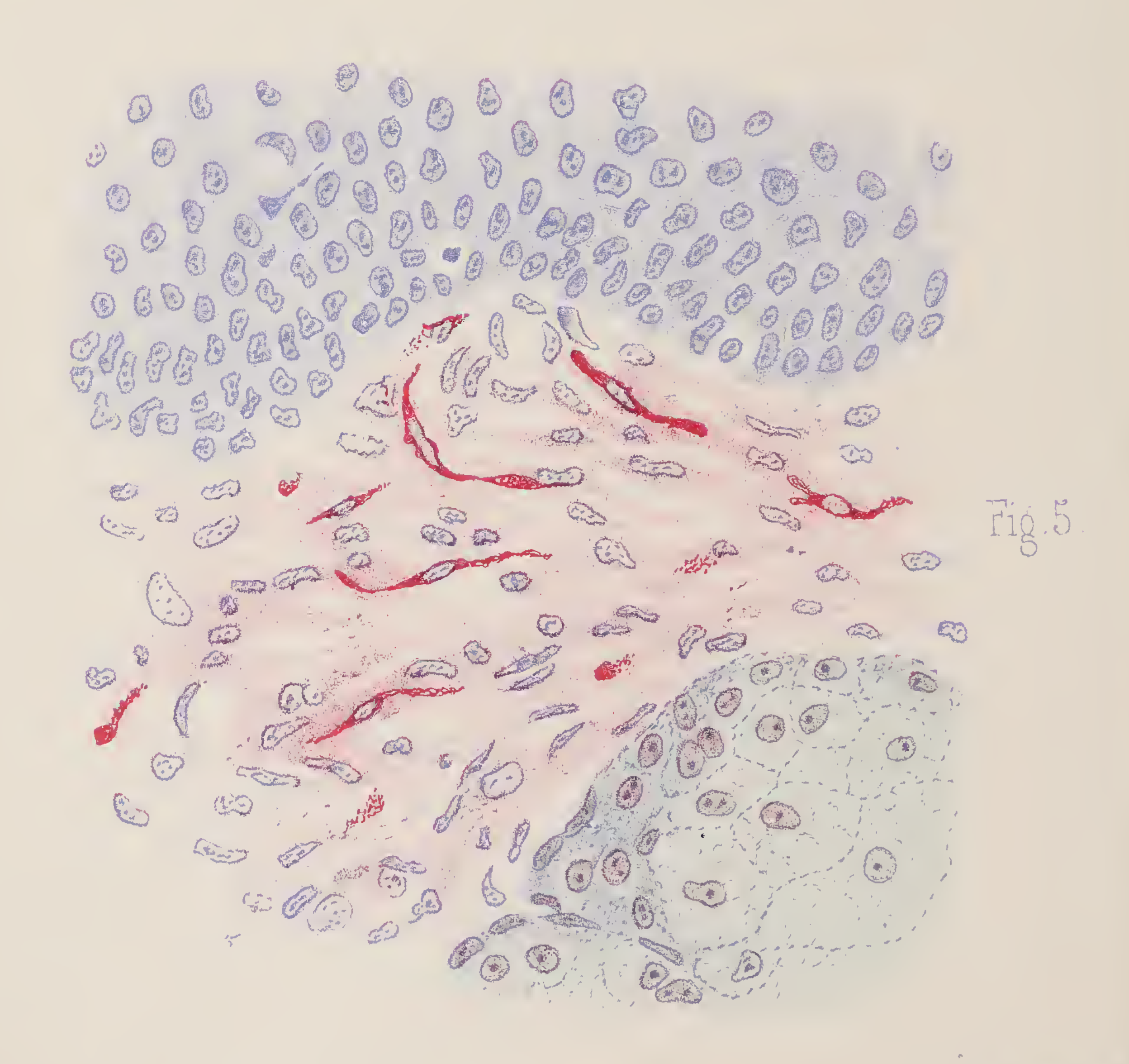


Fig. 5

[illegible] del.

Roussel, lith.

Imp. [illegible] Paris.

PLANCHE III

Figure 4. — Lésions infectieuses du derme gross. 45/1. Les îlots inflammatoires du derme sont ici manifestes, depuis le voisinage du corps papillaire sous-épidermique, autour des glandes sudoripares, dont on voit un exemplaire au bas de la préparation, à gauche, au-dessus d'un lobule sébacé. On est frappé du nombre considérable d'éléments rouges (cellules granuleuses d'Ehrlich et clasmatocytes) disséminés dans toute l'étendue de la préparation,

Figure 5. — Clasmatocytes et cellules granuleuses d'Ehrlich grossiss. 600/1. Au haut de la préparation, on voit la couche profonde du corps muqueux de Malpighi (stratum germinativum) traversée par des leucocytes (lymphocytes) brillants et polymorphes. Ces cellules d'Ehrlich sont courtes, denses, les clasmatocytes de Ranvier sont longs, pulvérulents et leur protoplasma s'effrite dans les espaces interstitiels. En bas, à droite, le fond d'un acinus sébacé avec de belles cellules claires.

L. BOYER imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.